DIZIONARIO PERIODICO

DI MEDICINA

ESTESO DAI PROFESSORI

LORENZO MARTINI E LUIGI ROLANDO

Aprile e Maggio Fascicoli 42 e 43

Di questo Dizionario se ne pubblica ogni mese un fascicolo di 6 fogli, calcolando i rami in ragione di foglio di stampa. Il prezzo dell' associazione annuale è di lire 16, e di lire 8 per sei mesi; franco di posta per gli Stati di Terra-ferma di S. M. è di lire 19, 60 cent. l' anno, e di lire 9, e 80 cent. per sei mesi.

Le opere, le memorie, ed i manoscritti, che si volessero far annunziare od inserire nei fascicoli di questo Dizionario, dovranno essere inviati franchi di spesa all'Editore.

TORINO 1826,

PRESSO PIETRO MARIETTI EDITORE

Librajo in via di Po.

REALE ACCADEMIA DELLE SCIENZE DI TORINO
D 2
293

SEZIONE SECONDA.

PARTE SECONDA

CERVELLO

Ricerche sulle anastomosi del nervo gran simpatico coi nervi cerebrali

Del D. Hirzel

tratto in compendio dal journal complementaire du dictionaire des sciences médicales. Tom. XXII, octobre 1825.

Haller pensò in prima che il nervo simpatico non ha anastomosi che col sesto pajo, ora con un filamento, ed ora con due. Ma poichè J. F. Meckel dimostrò le connessioni di quel nervo con filetti del sesto pajo, e col ramo profondo del nervo vidiano abbracciò la sentenza del suo discepolo. Tuttavia e' pretende di aver osservato un filamento anastomotico tra il ganglio cervicale ed il nervo pneumo-gastrico, e in alcuni rari casi tra quel medesimo nervo e l' ipoglosso. Secondo lui un filamento del plesso molle del nervo simpatico accompagna l' arteria mascellare esterna, e si unisce al ramo linguale del quinto pajo.

Haller (1) fa provenire il gran simpatico unicamente dai filamenti del sesto pajo ; e stabilisce che s' unisce alla parte superiore del collo col piccolo ganglio del nervo glosso-faringeo, col nervo pneumogastrico , coll' ipoglosso , e col ramo laringeo dell' ottavo pajo.

Schmidel (2) diceva di aver trovato che il gran simpatico aveva filamenti tanto dal sesto pajo, quanto dal quinto , e in quanto all' ultimo dal primo ramo e dal terzo , ai quali si uniscono nel canale carotideo , e formano un piccolo ganglio situato sull' arteria carotide interna. Egli aggiugnea che da siffatto ganglio parte un tronco semplice , il nervo simpatico , il quale scende lunghesso il canale e l' abbandona. Ei pretendeva ancora di osservare ora uno ora due filamenti anastomotici tra il primo ramo del quinto pajo e il tronco del sesto.

J. F. Meckel (3) attribuiva similmente l' origine del gran simpatico a' filamenti del quinto pajo e del sesto. Mostrò il primo che il ramo profondo del nervo vidiano si unisce col gran simpatico.

---

(1) *Epistola anatomica de nervo intercostali , de nervis octavi et noni paris deque accessorio nonnulla tradens.* Goettingae 1744.

(2) *Epistola anatomica qua de controversia nervi intestinalis origine quaedam disseruntur.* Erlangae 1742.

(3) *De quinto pare nervorum cerebri.* Goettingae 1748.

Gerold (1) discepolo di Schmidel ammetteva che il gran simpatico si congiunge tanto con filamenti dell' oculo-muscolare esterno, che con un ramo del secondo ramo del quinto pajo. A suo avviso, un piccolo filetto del gran simpatico penetra dal canale carotideo nella cassa del timpano; e si perde nella membrana che la tapezza.

Iwanoff (2) contendeva che alcuni rami del gran simpatico risalgono nel canale carotideo, e si uniscono tanto col nervo oculo-muscolare esterno, che col ramo profondo del nervo vidiano: che inoltre il gran simpatico si congiunge col tronco e col ramo laringeo superiore del pneumo-gastrico: ch' esso comunica egualmente coll' ipoglosso: finalmente che alcuni ramicelli del suo plesso non si uniscono coi rami linguali del quinto pajo.

Girardi (3) e Fontana (4) pensarono egualmente che il gran simpatico ha connessioni col quinto pajo e col sesto, coll' ottavo e col decimo. Fontana pretendeva inoltre d' aver veduto due filamenti i quali se ne staccavano per portarsi all' ipofisi, ed altri i quali accompagnavano il nervo oculo-muscolare esterno nell' orbita.

---

(1) *Dissertatio medica, qua quaedam de nervo intercostali notantur.* Erlangae 1754.

(2) *De origine nervorum intercostalium.* Strasburgi 1780.

(3) *De nervo intercostali.* Florentiae 1791.

(4) *Disser. supra citat.* M. Girardi.

Laumonier (1) descrisse più esattamente il ganglio posto nel seno cavernoso al lato esterno dell'arteria carotide interna. E' pensa che da detto ganglio partono due filetti, i quali si congiungono col nervo oculo-muscolare esterno: che altri uscendo dallo stesso uniscasi col tronco del secondo e del terzo ramo del quinto pajo.

Soemmering (2) seguì Meckel: pensava tuttavia esser raro che il ganglio cervicale superiore si unisca col nervo pneumo-gastrico, e più raro ancora che comunichi coll' ipoglósso.

Hildebrandt (3) oltre le anastomosi del gran simpatico col sesto pajo e col ramo profondo del nervo vidiano ne cita ancora una col nervo pneumo-gastrico, e un' altra col glosso-faringeo.

Portal (4) pensa con Meckel che il gran simpatico ha connessioni col nervo oculo-muscolare esterno, e col ramo profondo del nervo vidiano: ma non ha mai potuto trovare l' unione di esso col ramo del quinto pajo.

Munniks (5) trovò che il ganglio carotideo ha connessioni col quinto pajo e col sesto. Dice d' aver

---

(1) *Journal de Backer, tom. LCXIII.* Mars 1793.
(2) *De corporis humani fabrica.* Erfurti 1798.
(3) *Lehrbuch der anatomie des Menschen, tom. IV.* Brunswick 1803.
(4) *Conos. d'anatomie médicale, tom. IV.* 1804.
(5) *Observationes variae.* Groningae 1805.

trovato un filamento anastomotico tra il terzo ramo, il sesto, e un' altra tra il terzo ed il quinto.

Ribes (1) vide un filamento del gran simpatico che penetrava nell' interno dell' occhio coll' arteria centrale, e un altro ramo che si univa col ganglio cigliare: osservò che la corda del timpano non si unisce col ramo linguale, del quinto, ma è solamente rinchiusa nella guaina di detto nervo; e si divide inferiormente in due rami, di cui l' uno si unisce al ganglio muscolare, e l' altra entra nella lingua.

Jacobson (2) nel 1816 descrisse un' anastomosi tra il ramo superficiale del nervo vidiano, il gran simpatico, e il ganglio del glosso-faringeo. Pensa che da queste anastomosi si distacca nella cassa del timpano un filamento, il quale si porta alla membrana della finestra ovale, ed un' altra che penetra nella seconda cavità dell' orecchio.

Bock (3) trovò che il gran simpatico comunica colla maggior parte dei nervi cerebrali.

A. Col quinto pajo.

---

(1) *Mémoires de la Societé Médicale d'Emulation, tom. VII.*, 1811.

(2) *Acta Regiae Societatis Hafniensis, tom. V.*, 1816.

(3) *Beschreibung des fuenften Nervenpaares und seiner Verbindungen mit andern Nerven vorzueglich mit den Ganglien system.* Meissen 1817.

1.° Assicura che il ganglio di Gasser comunica col gran simpatico per mezzo di alcuni tenuissimi filamenti.

2.° Che il ganglio carotideo comunica col primo ramo del quinto pajo.

3. Che questo ganglio dà due filamenti al ganglio cigliare.

4.° Che il gran simpatico si congiunge col ramo profondo del nervo vidiano: che oltre i nervi nasale e palatino esce dal ganglio sfeno-palatino un filetto il quale si unisce col sesto pajo independentemente dal nervo del tramezzo del naso, il quale si spande nel ganglio naso palatino.

5.° Che un ramicello del plesso molle del gran simpatico si congiunge col ganglio mascellare del ramo linguale del quinto pajo.

B. Che il gran simpatico comunica per più filamenti col nervo oculo-muscolare esterno.

C. Che il ganglio del glosso-faringeo si unisce col gran simpatico e col nervo facciale.

D. Che avvi una anastomosi tra il ganglio cervicale superiore, e il nervo pneumo-gastrico.

E. Che più raramente avvi anastomosi tra il gran simpatico, e il nervo ipoglosso.

F. Che un filamento parte dal ganglio carotideo per portarsi all' ipofisi.

Wutzer (1) osservò egualmente la connessione del

---

(1) *De corporis humani gangliorum fabrica atque usu.* Berolini 1817.

gran simpatico col ganglio del nervo glosso-faringeo: ma assicura di non aver mai trovato alcun filetto anastomotico tra il ganglio e il nervo pneumo-gastrico. Non ha parimenti mai trovato il ganglio descritto da Andersch, il quale si trova sull' arteria temporale profonda.

Kilian (1) non trovò mai l' anastomosi avvertita da Jacobson tra il ramo superficiale del nervo vidiano, il ganglio del glosso-faringeo e il gran simpatico. Dalle sue osservazioni risulta che dal ganglio del glosso-faringeo parte un filamento, il quale si apre una via nella porzione pietrosa dell' osso temporale, e vi si perde. Tuttavia egli ha seguito questo filamento sin dentro la cassa del timpano, ove si termina per una biforcazione. Assicura che sovente alcuni filamenti del gran simpatico penetrano nella rupe, ma che non ha mai anastomosi con altri nervi.

Cloquet (2) ammette le seguenti anastomosi del gran simpatico coi nervi cerebrali.

A. Col quinto pajo.

1.° Il gran simpatico si unisce col ramo profondo del nervo vidiano: ciò che stabilisce una comunicazione tra il ganglio cervicale superiore, e quello di Meckel.

---

(1) *Anatomische Untersuchangen ueber das neunte Hirn-nervenpaar*. Pest. 1822.

(2) *Traité d'anatomie descriptive, tom. II.*

La corda del timpano, continuazione del ramo superficiale del nervo vidiano, debb' essere riguardata come un mezzo di comunicazione fra il ganglio di Meckel, ed il mascellare.

Il nervo del tramezzo del naso unisce il ganglio di Meckel col naso palatino.

2.° Il primo ramo del quinto pajo, e talvolta il suo ramo nasale comunica mediante un filamento col gran simpatico: ciò che stabilisce la comunicazione tra il ganglio cigliare, ed il cervicale superiore.

3.° Dal plesso molle del gran simpatico partono parecchi filamenti, i quali si portano al ganglio mascellare del ramo linguale del quinto pajo.

B. Varj filamenti del plesso carotideo gettansi nel sesto pajo col quale si unisce egualmente il ganglio carotideo quando esiste. Talvolta un filamento di questo ganglio penetra nell' ipofisi.

C. Il gran simpatico si congiunge col glosso-faringeo, e col ramo superficiale del vidiano.

D. Uno o due rami del gran simpatico portansi al nervo del terzo pajo.

E. Oltre tutte queste anastomosi, il ganglio cervicale superiore si unisce ancora col nervo facciale col pneumo-gastrico e coll' ipoglosso.

Lobstein (1) osservò che il gran simpatico si uni-

---

(1) *De nervi sympathici humani fabrica, usu et morbis.* Parisiis 1823.

sce con filamenti del sesto pajo e col ramo profondo del nervo vidiano: che avvi inoltre comunicazione tra il ramo superficiale di quest' ultimo, il nervo glosso-faringeo, e il gran simpatico.

Pensa che il ramo laringeo del pneumo-gastrico si unisce talfiata con un ramo del ganglio cervicale superiore, ma che il tronco del pneumo-gastrico e dell' ipoglosso non sono uniti a questo ganglio che per mezzo del tessuto cellulare.

Non trovò altre anastomosi.

Vide alcuni filamenti in altri luoghi, ma erano semplicemente gelatinosi.

Ehrmann (1) trovò che il ganglio del nervo glosso-faringeo manda un ramo nella cassa del timpano, ed ivi si divide in tre rami di cui l'uno risale verso la finestra rotonda, il secondo si unisce col ramo superficiale del nervo vidiano, e il terzo si confonde col plesso carotideo.

Hirzel per consiglio di Tiedemann si consacrò particolarmente a rintracciare le anastomosi del gran simpatico.

Noi qui esporremo in compendio quanto scrisse l' Autore.

A. La più costante anastomosi del gran simpatico si è col nervo oculo-muscolare esterno.

Ma non tutti si accordano sul numero dei rami anastomotici.

---

(1) *Ved. Lobstein.*

Hirzel avverte che veramente vi sono molte varietà ne' cadaveri. Egli intanto riferisce quanto osservò.

1.° In una donna il ganglio cervicale superiore mandava fuori nel carotideo un tronco semplice che poi partivasi in due. L' uno di essi posto al lato esterno dell' arteria formava alla metà del canale il plesso carotideo, da cui si alzava un ramicello che diviso ben tosto in due filetti si congiungeva col nervo oculo-muscolare esterno al punto in cui attraversa il seno cavernoso. L' altro ramo situato al lato interno dell'arteria carotide dirigevasi in avanti e in basso, talchè alla terza curvatura di detto vaso vedeasi apparire dalla sua faccia inferiore: di là si portava in alto lungo la medesima faccia, e gettavasi egualmente nel nervo oculo-muscolare esterno.

2.° In un giovane il tronco del primo ganglio cervicale che sale nel canale carotideo dividevasi in due rami: di cui l'uno senza contrarre alcuna unione coll' altro congiungevasi col ramo profondo del nervo vidiano, mentre il secondo ascendeva al lato esterno dell' arteria, e dividevasi pressochè alla metà del canale in tre rami: di cui l'uno si univa col nervo vidiano, l' altro formava il ganglio carotideo: e il terzo, il quale saliva lungo il lato inferiore dell' arteria, univasi col nervo oculo-muscolare esterno. Da questo partiva immediatamente al dissotto della sua unione col sesto pajo un piccolo filamento, che si partiva trasversalmente sull' arteria, e si disperdeva nelle sue tuniche.

3.° In un fanciullo di due anni il tronco procedente dal primo ganglio cervicale dividevasi in due rami situati l' uno al lato esterno, l' altro al lato inferiore dell' arteria carotide. Amendue comunicavano insieme per mezzo dei filamenti nervosi sottilissimi. Il ramo interno si divideva in due altri rami, di cui l'uno era destinato a formare un plesso che tenea le veci del ganglio carotideo, e da cui partiva un filetto di comunicazione col sesto pajo, mentre l' altro si continuava immediatamente col nervo oculo-muscolare esterno. Il ramo inferiore portavasi in avanti, e in alto lungo il lato inferiore dell' arteria, e comunicava col sesto pajo.

4.° In un uomo due filetti usciti dalla parte superiore del primo ganglio cervicale accompagnavano l' arteria carotide interna nel suo canale. L' uno portavasi in avanti ed in alto, al lato esterno del vaso, e si univa col ramo profondo del nervo vidiano: l' altro procedeva sulla convessità dell' arteria, dava, cammin facendo, un filo al nervo vidiano, e dividevasi alla parte superiore del canale carotideo in tre filamenti, i quali si univano col sesto pajo.

5.° Un filamento nervoso del ganglio cervicale superiore era situato al lato esterno dell' arteria carotide interna, e ingrossavasi nel largo superiormente accennato per produrre il ganglio carotideo. Da questo nascevano due filetti che risalivano lunghesso l' arteria, e si univano col nervo del sesto pajo. Il secondo filetto del primo ganglio cervicale procedeva in sul principio al lato esterno dell' arte-

ria, poi passava sopra la sua convessità, e gettavasi egualmente nel nervo oculo-muscolare esterno.

B. L' anastomosi del gran simpatico col ramo profondo del nervo vidiano fu ammesso da Meckel, e da tutti quelli che percorsero il medesimo arringo. Hirzel la trovò pure costantemente: tuttavia con qualche varietà.

La maggior parte dei filamenti del ganglio carotideo, dopo aver traforato la dura madre, e la sostanza cartilaginosa che trovasi tra la porzione petrosa della rupe e lo stenoide, uscivano dal canale carotideo, portavansi in avanti nel canale vidiano, e si univano al ramo profondo del nervo vidiano.

In alcuni cadaveri mancava il ganglio carotideo. Allora il tronco del ganglio cervicale superiore che accompagna l' arteria carotide interna nel suo canale dividevasi in due rami, di cui l' interno stabiliva la comunicazione tra il ganglio ed il nervo del sesto pajo, mentre l' esterno s' estendeva sulla faccia anteriore dell' arteria penetrava nel canale vidiano, e gettavasi nel ganglio di Meckel. Prima d' internarsi in detto canale riunivasi ancora al filamento del ramo anastomotico col nervo oculo-muscolare esterno. Questo ramo impertanto stabilisce una costante comunicazione tra il ganglio sfeno-palatino, e il sistema nervoso ganglionare.

C. Un' altra delle più costanti connessioni fra il sistema nervoso cerebrale ed il ganglionare, si è quella che viene stabilita dal ganglio mascellare.

Dal plesso molle che accompagna l' arteria ma-

scellare esterna, e che procede dal ganglio cervicale superiore, parte un filamento che penetra con un ramo di quest' arteria nella glandula sotto-mascellare, e che comunica colla parte inferiore del ganglio mascellare del ramo linguale del quinto pajo. Questo filetto stabilisce la comunicazione tra il sistema nervoso ganglionare, e il terzo ramo del quinto pajo.

D. Ribes fu il primo a descrivere l' anastomosi del gran simpatico col ganglio cigliare. Bock e Cloquet seguono Ribes. Lobstein la niega: pensa che certi filamenti cellulari sieno stati giudicati nervosi.

Hirzel trovò questa anastomosi in molti casi, non in tutti.

In due teste injettate d' uomini adulti dall' espansione plessiforme del nervo oculo-muscolare esterno, che quest' ultima forma coi filamenti del ganglio cervicale superiore nel suo tragitto attraverso al seno cavernoso, partiva un picciolo filetto che portavasi in avanti lungi l' arteria carotide, e si univa colla lunga radice proveniente dal ramo nasale del quinto paio.

In due altri corpi egualmente injettati la lunga radice del ganglio oftalmico non procedeva dal ramo nasale del quinto pajo, ma dallo stesso ganglio di Gasser. Con questa radice univasi un filetto del gran simpatico nato dal ganglio carotideo, che si portava in avanti e in alto, al lato esterno dell' arteria carotide, usciva al di sotto del nervo del sesto pajo, dividevasi poscia in due filetti di cui l' uno pene-

trava nell' ipofisi , mentre l' altro si univa colla lunga radice del ganglio cigliare.

Sebbene il più spesso la lunga radice del ganglio oftalmico sia formata dal ramo nasale del quinto pajo, in un altro corpo questo ramo non avea parte alcuna nella formazione del ganglio cigliare , la di cui lunga radice era prodotta da un filetto del ganglio carotideo , e da un altro dell' espansione plessiforme del sesto pajo. Dal ganglio carotideo partiva un filetto tenuissimo, il quale passando sotto il nervo oculo-muscolare esterno portavasi in avanti in alto lungo l' arteria carotide verso il nervo oculo-muscolare comune. In questo luogo riceveva un filetto dell' espansione plessiforme del sesto pajo che vi si univa. Da quest' anastomosi partiva un altro filetto assai tenue ma lungo , il quale camminava lungo il nervo oculo-muscolare comune , rinchiuso nella sua guaina , e gettavasi nell' angolo superiore posteriore del ganglio oftalmico.

Su un sesto corpo injettato la lunga radice del ramo oftalmico del quinto pajo mancava: a sua vece eravi un filetto procedente dal plesso del sesto pajo: portavasi in avanti : finiva all' angolo posteriore superiore del ganglio cigliare. Independentemente da questo filamento se ne alzava un altro assai tenue dal plesso del sesto pajo : quello camminava lungo il nervo del terzo pajo coperto dalla sua guaina , e procedeva verso il ganglio oftalmico , col quale si univa al suo margine posteriore tra la radice breve e la lunga.

E Jacobson è stato il primo ad osservare l' anastomosi del gran simpatico col nervo glosso-faringeo, e il ramo superficiale del vidiano. Bock, Wurzer, Cloquet, Lobstein, Ehrmann confermarono quanto aveva scritto Jacobson. Kilian tuttavia la niega.

Hirzel la trovò come segue. Il nervo glosso-faringeo, attraversando la parte più anteriore del foro lacero, rinchiuso in una guaina della dura madre s' ingrossa in un picciolo ganglio ovato, detto ganglio petroso, che si trova nella fossa petrosa. Dalla parte anteriore di questo ganglio s' innalza un ramo nervoso che procede in prima da basso in alto, e dal davanti all' indietro nel canale carotideo, e viene a comparire alla parte inferiore e posteriore nella cassa del timpano. Nel suo tragitto attraverso a questo piccolo canale il nervo è accompagnato da un vaso sanguigno assai piccolo e avviluppato da una sottile guaina. Poichè è entrato nella cassa questo ramo si divide in tre filamenti, i quali penetrano nei tre canali ossei scolpiti nella rupe petrosa. Il primo si dilunga quasi ad angolo retto del tronco, cammina al di dietro al davanti sotto il promontorio nel suo canale, ed esce per l' apertura che si trova alla parte posteriore del canale carotideo, nella sua cavità. Ivi si unisce o con un filetto del plesso carotideo, o con quello del ganglio cervicale superiore che va a gettarsi nel ganglio di Meckel. Il secondo filamento, che è in certo modo una continuazione del tronco, sale quasi perpendicolarmente lungo la parete interna dalla cassa del timpano al dissotto del

promontorio, e quivi manda un filamento assai tenue alla membrana che circonda la finestra rotonda e la staffa. Ma la continuazione del filetto ispessandosi un po' più si incurva in avanti, e alquanto in alto per congiungersi col ramo superficiale del nervo vidiano nella vicinanza del luogo ove si applica al nervo facciale. Il terzo filamento procede dalla biforcazione del tronco verso la finestra rotonda, e si porta al timpano secondario.

Hirzel trovò questa disposizione in tre individui.

In due altri trovò la seguente.

Il tubercolo del glosso-faringeo mandava nel canale carotideo il ramo superiormente descritto a' detti nervi di Jacobson, il quale giugnea nella cassa ove mostravasi a nudo alla parte più posteriore della sua parete interna. Da questo punto, dopo aver dato un filetto al timpano secondario, il ramo si dirigeva dal basso in alto, e dal di dietro al davanti sopra il promontorio sul quale dividevasi in due filetti, l'uno superiore, l' altro inferiore. Quest' ultimo procedeva dall' alto in basso, e dal di dietro al davanti sulla parte inferiore del promontorio, traforava la parete superiore del canale carotideo, si ponea nell' interno di essi al lato esterno della carotide usciva per la parete inferiore del canale, e perdevasi nel principio della porzione cartilaginosa della tromba d'Eustachio. Il superiore passava sul promontorio, e si univa alla parte più anteriore della cassa col filetto inferiore: dal che risultava un piccolo tronco comune: il quale penetrava nella tromba d' Eustachio. Questo filetto

nervoso, il quale è accompagnato da una arteriuzza, non presenta anastomosi nel canale carotideo, ma non fa che attraversarlo per distribuirsi nella porzione cartilaginosa della tromba d' Eustachio.

In un sesto individuo il ramo di Jacobson dividevasi sul promontorio in due filetti. Il superiore più tenue entrava nel canale carotideo, e si univa col gran simpatico. L' inferiore di maggior diametro attraversava questo medesimo canale e si perdeva nella porzione cartilaginosa della tromba di Eustachio: non esisteva il ramo anastomotico col ramo superficiale del nervo vidiano.

F. Haller, Huber, Iwanoff, Gerardi, Soemmering Hildebrandt, Bock, Cloquet, Hirzel, osservarono l' anastomosi del ganglio cervicale superiore col pajo vago. Vi sono più varietà.

In tre corpi osservati da Hirzel dalla parte superiore del primo ganglio cervicale si alzava un filetto lungo ma tenue, il quale si univa col nervo pneumo-gastrico immediatamente dopo la sua uscita dal foro lacero posteriore.

In un quarto l' apice di questo ganglio si univa al nervo del pajo vago: un filetto corto e spesso si univa con lui.

Dalla parte superiore del primo ganglio cervicale d' un altro corpo partivano due piccioli tronchi nervosi. Il più posteriore saliva obbliquamente, e dividevasi in due filetti assai sottili, de' quali il posteriore si portava in alto, e si univa al pajo vago non lungi dalla sua uscita del foro lacero. L' anteriore

procedeva obbliquamente dal basso in alto per unirsi coll' ipoglosso. Il secondo tronco si elevava quasi verticalmente, e si univa con un filetto prodotto dal pneumo-gastrico e dall' ipoglosso. Questo filetto si portava orizzontalmente in avanti al dissotto del foro lacero, ed entrava nel canale carotideo, coperto dall' arteria carotide interna. Nella parte anteriore del canale esso contraeva anastomosi con filamenti del ganglio carotideo, dal che ne nasceva un picciolo tronco comune. Questa disposizione fu trovata da Hirzel una sola volta.

Independentemente dalla mentovata anastomosi la parte inferiore del primo ganglio cervicale comunica col ramo laringeo superiore del pajo vago.

L' anastomosi del ganglio cervicale superiore col tronco del pneumo-gastrico manca sovente.

Al contrario è quasi costante quella col ramo laringeo superiore.

G. Soemmering, Bock, Cloquet trovarono appena qualche volta l' anastomosi del ganglio cervicale superiore col nervo ipoglosso. Hirzel di dodici cadaveri la trovò solo in due. In questi dalla parte superiore del primo ganglio cervicale si alzava un filamento nervoso, il quale si univa al tronco dell' ipoglosso poco dopo la sua uscita dal foro condiloideo anteriore.

H. Laumonier, Munniks, Bock, Cloquet videro l' anastomosi del gran simpatico col nervo oculo-muscolare comune. Di dieci corpi sol uno la presentò ad Hirzel.

Dall' espansione plessiforme del sesto pajo partivano nel seno cavernoso due filetti nervosi assai tenui che portavansi in alto lungo l' arteria carotide, e si univano col nervo motore comune prima della sua entrata nell' orbita.

I filetti del gran simpatico riuniti col sistema nervoso cerebrale formano più ganglj nel capo.

1.° Petit e Schmidel furono i primi a descrivere il ganglio carotideo. Esso comunica col cervicale superiore per mezzo del filamento del gran simpatico che comunica al lato esterno dell' arteria carotide interna nel suo canale. Trovasi nel seno cavernoso o alla parte superiore del canale carotideo verso la terza curvatura dell' arteria, e al suo lato esterno, e frequente: non costante. I filamenti, cui dà origine, il mettono in relazione col sesto pajo, col ganglio di Meckel, e assai spesso col ganglio oftalmico. Inoltre ne somministra molti, i quali perdonsi nelle tuniche dell' arteria.

Hirzel il vide tre volte posto al lato esterno dell' arteria carotide uscir dal canale al dissotto del sesto pajo e portarsi in alto. Il filetto, dopo d'esser ricomparso sotto il nervo del sesto pajo, accompagnato da una arteriuzza procedente dalla carotide interna, circondava questa in dietro, portavasi quindi da basso in alto al suo lato interno, e gettavasi nella ipofisi : un altro picciolo filamento nervoso partiva dall' espansione plessiforme del sesto pajo, marciava al lato interno dell' arteria carotide interna incrocicchiandosi con quello del ganglio carotideo e getta-

vasi egualmente nell' ipofisi. In un individuo videsi un filetto del ganglio carotideo unirsi col ramo superficiale del nervo vidiano.

2.° Meckel, Soemmering, Bock, Cloquet e altri descrissero minutamente il ganglio oftalmico. Esso è formato dalla corta radice del nervo motore comune, dalla lunga radice del ramo nasale del quinto pajo, e finalmente dei filetti del gran simpatico. Questi ultimi traggono la loro origine ora dal ganglio carotideo, ora dal plesso del sesto pajo, e si uniscono in parte colla lunga radice del ganglio cigliare, in parte con quest' ultimo immediatamente. Qucsto ganglio dà i nervi cigliari che si spargono nell' iride.

Kusel vide un filetto nervoso assai sottile uscire dal ganglio cigliare, raggiungere l' arteria centrale della retina. Egli ottenne di seguirlo col vaso fino nel nervo ottico.

I filamenti del gran simpatico, che portansi al ganglio cigliare, e al nervo ottico stabiliscono una connessione interna tra l' occhio, e gli organi della vita animale.

3.° Meckel descrisse il primo il ganglio sfeno-palatino: fu perciò detto ganglio del Meckel. È ben raro che manchi. Comunica per mezzo del ramo profondo del nervo vidiano col ganglio carotideo, o collo stesso cervicale superiore, e in seguito col gran simpatico. Trae origine dal nervo pterigo-palatino, e dal ramo profondo del vidiano. Manda per ogni verso molti rami: di cui gli uni portansi alla

membrana pituitaria e diconsi nasali: gli altri distribuisconsi nella membrana mucosa della bocca, e chiamansi palatini. Altri filetti nervosi nascono ancora dal ganglio sfeno-palatino ed il mettono in relazione con molti ganglj. Così il nervo del tramezzo del naso l' unisce al ganglio naso-palatino: il ramo superficiale del nervo vidiano il fa comunicare col nervo facciale, col ganglio del nervo glosso-faringeo, e col ganglio mascellare.

Questa disposizione stabilisce un' intima connessione tra l' organo dell' odorato, quello del gusto, e quelli della vita animale. In alcuni casi occorse di vedere un filetto nervoso partire dal ganglio del Meckel penetrare perpendicolarmente nell' orbita per la fessura orbitaria inferiore lungo la parete interna, ed alla parte posteriore di questa cavità, coperta del muscolo retto interno dell'occhio, ascendere in linea retta, unirsi colla guaina del nervo ottico dopo la sua entrata nell' orbita.

Una volta Hirzel arrivò a seguire questo filamento di dentro la sostanza del nervo ottico.

Egli non potè mai vedere il filetto anastomotico tra il ganglio di Meckel, e il nervo motore esterno, il quale aveva mentovato Bock.

4.° Il nervo del tramezzo del naso, e un filamento del dentario anteriore formano un ganglio detto naso-palatino. È unito per mezzo di quel primo col ganglio sfeno-palatino: somministra alcuni filamenti, i quali si diramano nella parte anteriore del palato.

5.° Il ganglio mascellare è formato da parecchi

filamenti che partono dal ramo linguale del quinto pajo dove essa passa sopra la glandula sotto-mascellare. Comunica egualmente con un filetto del plesso molle del gran simpatico e con un altro colla corda del timpano.

Hirzel il trovò costantemente con questa sola differenza, che talvolta era intimamente unita col ramo linguale per mezzo di filetti assai corti, mentre in altri casi si trovava a qualche distanza dal medesimo. La corda del timpano il fa comunicare col ganglio sfeno-palatino, e il filetto del plesso molle il fa comunicare col gran simpatico.

6.° Si crede generalmente, che il ramo superficiale del nervo vidiano si unisce intimamente col nervo facciale nel canale del Fallopio, e che esso prima di abbandonare il canale manda nella cassa la corda del timpano che torna ad uscire per la scissura di Glaser, e va a gettarsi nel ramo superficiale del nervo vidiano. Cloquet pretende che la corda non nasca punto dal nervo facciale: ma sia una continuazione del ramo linguale del quinto pajo, e che essa non si unisca col ramo linguale del quinto pajo, ma sia solamente contenuta nella sua guaina, e vada a gettarsi nel plesso mascellare.

Hirzel confermò le osservazioni di Cloquet. Parte dal ganglio sfeno-palatino il ramo superficiale del nervo vidiano, portasi all'indietro nel canale vidiano, esce per la sua apertura posteriore, penetra la massa cartilaginosa posta tra la rupe e lo sfenoide ed entra nel cranio. Ivi la corda coperta dal tronco del

terzo ramo del quinto pajo, e dalla dura madre procede in dietro, in alto, ed in fuori, in un solco della faccia anteriore della rupe, e penetra per un' apertura particolare nel canale del Fallopio. Si unisce in seguito col filetto dell' anastomosi nervosa di Jacobson: poi si applica contro il nervo facciale rinchiusa nella medesima guaina, e percorre con esso il canale fallopiano. Alla parte posteriore della cassa del timpano si trova una picciola apertura per cui il ramo superficiale del nervo vidiano entra in questa cavità sotto il nome di corda del timpano. Essa il percorre dal di dietro al davanti tra il martello e l' incudine, manda un filetto al muscolo tensore della membrana, ed esce per la scissura del Glaser. Allora essa discende al lato interno del braccio della mascella, si porta per un angolo acuto col ramo linguale del quinto pajo, e l' accompagna rinchiuso nella medesima guaina sino ai dintorni del ganglio mascellare: ivi dividesi in due filetti, di cui l' uno si unisce al ganglio mascellare, mentre l' altro si porta alla lingua col ramo linguale. Dunque la corda del timpano è un mezzo di comunicazione tra il ganglio del Meckel, il nervo glosso-faringeo, il nervo facciale, e il ganglio mascellare.

7.° Il ganglio del nervo glosso-faringeo è assai piccolo, lungo da due a tre linee, ovale. Trovasi in una fossetta particolare alla parte inferiore del foro lacero anteriore: essa dicesi fossa petrea. Dalla sua parte anteriore trae origine il nervo di Jacobson, il quale penetra nella cassa del timpano, e si unisce

col gran simpatico, come altresì col ramo superficiale del nervo vidiano. La sua parte posteriore dà talvolta un picciolo filetto che si unisce col nervo del pajo vago. Questo ganglio, l' anastomosi di Jacobson, e la corda del timpano mettono l' organo dell' udito in relazione con quelli della vita animale.

SEZIONE SECONDA.

PARTE SECONDA

CERVELLO

Sull' influenza del nervo gran simpatico sulle funzioni degli organi de' sensi.

Dissertazione compendiata del D. TIEDEMANN.

Professore all' Università di Heidelberg.

Ved. Jour. compl. du Dict. de Sc. Méd., tom. XXIII.

Il nervo gran simpatico ha connessioni intime coi diversi organi sensorii e loro invia rami più o meno numerosi. Trattasi di spiegare l' influenza di questi nervi sulle funzioni del senso. Non si può certamente aspettare una dimostrazione evidente. Perocchè converrebbe poter tagliare nel vivente i rami anastomotici separatamente : lo che riesce già difficile nel cadavere , e tanto più debb' esserlo nel vivente. Per altra parte l' irritazione che ne risulterebbe, sarebbe cagione di più effetti non più procedenti da' detti rami , ma bensì da altre simpatie.

Noi dunque dobbiamo riguardare quanto si verrà passo passo disputando come di siffatta probabilità che possa vendicarsi i suffragj di nostra mente.

Tutti gli organi sensorii ricevono rami dal gran simpatico, e comunicano per loro mezzo cogli organi della vita di nutrizione.

Esso possiede un ganglio il quale si unisce col primo ramo del quinto pajo, col nervo del terzo pajo, spesso eziandio col nervo del sesto pajo. Inoltre trovansi quasi sempre alcuni filamenti i quali stabiliscono una comunicazione tra detto ganglio, e quello che esiste nel canale carotideo, ora immediatamente ed ora per l'intermezzo del sesto pajo.

I nervi che partono dal ganglio portansi colle arterie cigliari nel globo dell'occhio e si distribuiscono nell' iride. Si sono di più veduti filetti, i quali accompagnano l' arteria centrale e penetrano con essa nel nervo ottico. Hirzel ha veduto tre volte un' anastomosi tra il ganglio sfeno-palatino, e il nervo ottico.

L' organo dell' udito riceve filamenti dal ganglio del nervo glosso-faringeo, dal nervo petroso del secondo ramo del quinto pajo, o più esattamente dal ganglio sfeno-palatino, e dal ganglio cervicale superiore del gran simpatico. Questi filamenti unisconsi insieme nella cassa del timpano, e formano un plesso da cui partono altri filamenti, i quali portansi alla membrana della finestra rotonda, e quella della finestra ovale ed alla tromba d'Eustachio. Inoltre i muscoli tensori della membrana del timpano, il gran muscolo del martello, il muscolo della staffa ricevono filamenti dalla corda del timpano: la quale, come dimostrarono Cloquet e Hirzel, non è già un

ramo del nervo facciale come fu comune opinione, ma del ganglio sfeno-palatino.

L' organo dell' odorato riceve molti rami notabili dal ganglio sfeno-palatino il quale si può riguardare come una porzione del gran simpatico per le molte connessioni che ha con esso. Que' nervi accompagnano l' arteria nasale posteriore, portansi alla membrana mucosa del tramezzo e delle corna. Uno dei loro rami discende lungo il tramezzo, ed ivi forma il ganglio incisivo da cui partono i filetti che si distribuiscono alla membrana mucosa del palato.

La lingua è unita col gran simpatico tanto per mezzo de' filamenti nervosi che circondano l' arteria linguale a foggia di plesso, quanto mediante la corda del timpano che si unisce col ramo linguale del quinto pajo.

I fisiologi consentono che il nervo gran simpatico forma il centro di un sistema nervoso distinto da quello che mette l' animale in relazione cogli oggetti esterni.

Tutte le parti che ricevono i loro nervi dal gran simpatico non servono nè al senso, nè al movimento, nello stato di sanità. In quello poi di malattia si osserva che destansi dolori in dette parti.

I ganglii vengono riguardati come organi destinati a separare un agente il quale provegga alle funzioni di nutrizione.

Le azioni istintive, le inclinazioni che hanno per oggetto la conservazione del corpo umano, i conati della natura medicatrice dipendono dal sistema nervoso ganglionare di cui il gran simpatico è centro.

Tuttavia noi dobbiamo credere che il gran simpatico ha molta parte nel mantenere negli organi sensorii quelle condizioni che sono necessarie perchè compiano l' ufficio loro.

Perchè gli organi dei sensi possano essere atti a ricevere le impressioni, e trasmetterle al comune sensorio, debbono trovarsi nell' integrità dell' organismo. Ma quest' integrità viene conservata dalla nutrizione.

Inoltre negli organi sensorii separansi umori peculiari che debbono avere certe qualità onde si eserciti la funzione: ma queste secrezioni sono temperate dall' influenza del gran simpatico: infatti ricevono filamenti dal medesimo.

L' umore acquoso dell' occhio è esalato dall' arterie dell' iride: ma queste sono accompagnate dai rami del ganglio oftalmico.

L' umore vitreo è somministrato dall' arteria centrale, la quale riceve pur filamenti dal ganglio oftalmico.

Tenui ramicelli dell' arteria centrale distribuisconsi nella parete posteriore della capsula cristallina: è probabile che essi sieno accompagnati da filamenti del medesimo nervo. Egli è dunque verosimile che la secrezione dell' umore del Morgagni e la nutrizione del cristallino siano soggette egualmente all' influenza dei rami del gran simpatico.

Il fluido che riempie il vestibolo, i canali semicircolari, e la spira della lumaca è riguardata come un mezzo necessario alla propagazione del suono ai

plessi del nervo uditivo. Hirzel trovò che alcuni filamenti del ganglio petroso del nervo glosso-faringeo, del nervo petroso superiore del secondo ramo del quinto pajo e del ganglio cervicale superiore del gran simpatico penetrano nella cassa del timpano, vi si uniscono e mandano tenui filamenti alla membrana delle due finestre come pure alla tromba d' Eustachio. Forse alcuni penetrano insino alla membrana della cavità dell' orecchio interno.

Le arterie che separano il muco nasale sono pure accompagnate dai filamenti del ganglio sfeno-palatino.

Le arterie della glandula salivare sono circondate da una reticella di rami del gran simpatico e la glandula sotto-mascellare riceve rami considerabili dal ganglio del medesimo nome.

Trovansi inoltre in alcuni organi sensorii peculiari tessuti che eseguiscono muovimenti atti a temperare la forza delle esterne impressioni. Questi muovimenti sono parimenti sotto l' influenza del gran simpatico.

L' iride nell' uomo riceve molti rami nervosi da un ganglio particolare, il quale comunica direttamente o mediatamente per mezzo di filetti col ganglio del gran simpatico situato nel canale carotideo.

La mobilità dell' iride ne' varii animali è in certa relazione col volume de' nervi cigliari, e quasi sempre altresì col volume del ganglio.

I movimenti dell' iride sono puramente antomatici, affatto independenti dalla volontà.

Sui movimenti dell' iride vi sono controversie.

Lambert, Fontana, Caldani pensano che la luce opera sulla retina, e che l' iwpressione trasmessa al cervello e dal cervello rimandato all' iride produce i muovimenti.

Si è fatto cadere la luce sull' iride facendola passare per un forellino praticato in una carta: non si vide mutamento nella pupilla.

Si è fatto cadere la luce sulla retina: e tosto si ristrinse la pupilla.

Ora non vi è comunicazione nervosa tra la retina e i nervi cigliari.

Per questo si è pensato che l' impressione si portasse al cervello e dal cervello all' iride.

Tuttavia vi sono casi che si oppongono a siffatta conclusione.

Si sono narrati esempli di amaurosi ne' due occhi in cui l'iride avea conservata la sua mobilità, quando la luce veniva ad agire sull' occhio.

Simili osservazioni sono state raccolte da Dehaen, Schmucker, Janin, Richter, Wenzel, Cowper (1), Lucas (2), Larrey (3), Forlenze (4).

Lucas ha veduto cinque fratelli nati ciechi in cui l' azion della luce faceva muovere l' iride.

---

(1) *Diction. des scienc. médicales. T. IV. pag.* 145.

(2) *Specimen anatomicum sistens monstrorum quorumdam descriptionem.* Stuttgard 1793.

(3) *Dictionnaire de chirurgie.*

(4) *Médical observations and inquiries. Vol. VI.*

Forlenze ha veduto un cieco di nascita in età di trenta sei anni le cui iridi erano perfettamente mobili.

In altri casi l' iride è affatto immobile sebbene la retina eseguisca a dovere le sue funzioni.

Non sembrando fondata la teoria che spinge i muovimenti dell' iride per una nazione del celabro sui nervi di detta membrana, si pensò a cercare anastomosi tra il nervo ottico e la retina e il nervo ganglionare.

Chaussier e Ribes (1) videro rami del gran simpatico portarsi dal canale carotideo all' arteria oftalmica: seguitarono filamenti nervosi assai piccioli, lungo l' arteria centrale insino alla retina: osservarono un filamento procedente dal ganglio oftalmico, il quale portavasi a quell' arteria.

Tiedemann fece ricerche negli occhi di grossi animali come del bue e del cervo. Spinse una fina injezione rossa nell' arteria oftalmica: in seguito scoperse i nervi oculari. Nel bue molti ramicelli dell' arteria si portano alla guaina fibrosa procedente dalla dura madre che avviluppa il nervo ottico. Penetrano detto inviluppo e formano una reticella che circonda il nervo, l' arteria centrale che penetra in esso, è assai picciolo, al luogo in cui la guaina fibrosa del nervo si unisce colla sclerotica, e lo stesso nervo attraversa questa e la coroidea per espandersi e formare la retina molti rami considerabili delle arterie

---

(1) *Mémoires de la Societé Médicale d'Emulation, tom. VII., pag.* 97.

cigliari brevi penetrano con esso: vanno alla retina e per essa si distribuiscono. Un filetto del più grosso ganglio oftalmico s' introduce coll' arteria centrale nella guaina fibrosa del nervo ottico. Inoltre i filamenti de' nervi cigliari brevi portansi a' rami delle arterie cigliari brevi, che si approfondano nell' occhio immediate al luogo dell' inserzione del nervo ottico, e vanno alla retina. Possonsi seguitare questi filetti colle arteriuzze attraverso all' apertura della sclerotica o della coroidea insino alla faccia interna dell' orbita. Quando dopo avere riempite le arterie di quest' ultima, se si taglia l' occhio perpendicolarmente in traverso e si conserva la metà posteriore per alcuni giorni nell' alcool, dopo aver tolto via il corpo vitreo per indurarne la retina, si perviene con certa facilità a dimostrare que' sottili filamenti nervosi nella maniera seguente: si raschia dolcemente la parte midollare della membrana colla punta d' uno scalpello, o con un pennello tutto all' interno della arteria injettata per metterla allo scoperto insieme co' suoi rami; allora oltre le vene che sono d' un bianco rossigno veggonsi ancora filamenti bianchi assai tenui che penetrano attraverso all'apertura della coroidea, ed accompagnano i vasi sanguigni.

Afferrando e tirando que' filetti con una pinzetta a disserzione porgonsi assai solidi ed elastici come sono appunto i filetti nervosi. Possonsi seguitare i vasi sanguigni sino alla zona di Zinn.

Nell' occhio recente alla faccia interna della retina, al punto in cui il nervo ottico si spiega, immediata-

mente dopo aver traforata la coroidea, scorgesi un filetto, il quale penetra dal davanti all' indietro nel corpo vitreo. Sembra esso composto d' un vaso sanguigno e d' un filetto nervoso assai tenue. Detto filamento è un picciol ramo dell' arteria centrale col filetto nervoso che vi si porta.

Nell' occhio del cervo si vide la stessa disposizione de' vasi sanguigni e de' filetti nervosi che portansi alla coroidea.

Nell' occhio umano Tiedemann potè parecchie volte seguitare tenui filamenti nervosi lungo le arterie del nervo ottico e della retina. Oltre l' arteria centrale che penetra ne' nervi, trovansi ancora molti ramicelli arteriosi che le arterie cigliari brevi mandano al nervo ottico ed alla retina, se dopo avere injettato un occhio, se ne esamina la faccia posteriore al luogo in cui il nervo ottico fora la sclerotica, veggonsi piccioli rami arteriosi che traforano la guaina fibrosa del nervo e la sclerotica, si uniscono circolarmente insieme, pervengono alla retina col nervo visorio.

Zinn avea di già osservati questi rami: ma non gli avea seguitati insino alla retina (1).

Le arterie che arrivano alla retina sono accompagnate da rami del ganglio oftalmico, e dei nervi cigliari.

---

(1) *De vasis subtilioribus oculi et cochleæ auris internæ, pag.* 27, Goettingae.

Tiedemann ha più volte veduto un filamento nervoso che penetrava nel nervo ottico coll' arteria centrale, ove le arterie cigliari brevi presso all' inserzione del nervo mandano rami alla retina. Distaccansi pure da' nervi cigliari brevi alcuni piccioli filamenti, i quali accompagnano le ramificazioni arteriose attraverso alla sclerotica ed alla retina, e giungono con esse alla membrana nervosa.

La luce impertanto agisce su que' filamenti nervosi anastomotica tra i nervi cigliari e la retina: l' irritazione si propaga immediatamente a' nervi dell' iride.

Allora noi possiamo concepire come si conservi la mobilità dell' iride nell' amaurosi.

Nell' orecchio la membrana del timpano è destinata ad adattare la forza de' suoni alla sensibilità del nervo acustico.

La membrana del timpano è più o meno tesa.

I nervi che portansi alla membrana del timpano non provengono già dalla corda del timpano, ma bensì dal nervo temporale, il quale è uno de' rami del terzo ramo del quinto pajo.

Questo fu dimostrato da Bock.

Questi filetti si distribuiscono tra la membrana esterna e la interna unendosi colla corda del timpano.

Inoltre la membrana del timpano riceve arteriuzze che convertonsi in una reticella assai stretta nello strato mediano.

La catena delle picciole ossa dell'orecchio è prov-

vista de' muscoli, secondo la descrizione della maggior parte degli anatomici i muscoli ricevono i loro nervi dal facciale. Sin qui non si sono potuti seguitare i filetti nervosi che sino al tensore del timpano ed al muscolo della staffa.

Dietro le ricerche d' Ippolito Cloquet e di Hirzel (1) la corda del timpano manda pure filamenti nervosi a quegli stessi muscoli: ma esso non è un ramo del nervo facciale: è per lo contrario la continuazione del nervo temporale superficiale nato dal ganglio sfeno-palatino. Questo nervo esce dal canale vidiano e portasi sulla faccia anteriore dell' osso temporale e penetra nell' apertura del canale del Fallopia. Prima di entrarvi si unisce con un filamento del ramo del nervo glosso-faringeo che si profonda nella cassa del timpano ove comuuica con un filetto del gran simpatico. Dopo essere entrato nel condotto fallopiano, il percorre nella guaina del nervo facciale e l'abbandona poscia per formare la corda del timpano. Allora manda nella cassa parecchi filamenti ai muscoli tensori della membrana. Si unisce con quelli che provengono dal quinto pajo, e continua il suo cammino attraverso alla scissura del Glaser per giungere alla glandula sotto-mascellare lungo il nervo linguale del terzo ramo del quinto pajo.

Quindi i nervi tensori della membrana del timpano ricevono un ramo del ganglio sfeno-palatino, che si unisce tanto col nervo descritto da Jacobson,

---

(1) *Traitè d'anatomie descriptive. Tom. II., p.* 113.

nato dal ganglio del nervo faringeo, quanto col gran simpatico.

Trevirano (1) pensa che i muovimenti della membrana del timpano sono automatici ed involontari. E veramente non siamo conscii di essi.

Egli è dunque credibile che il suono che agisce sulla membrana del timpano, e si propaga alla corda per mezzo dell'anastomosi dei nervi di questa membrana, mette per l'intermezzo di essa corda i muscoli tensori della membrana in un vario grado di azione.

Si era stabilito che la membrana del timpano vibra con tanta maggior forza quanto è più tesa.

Savart (2) provò con esperimenti che le membrane tese vibrano men facilmente e meno ampiamente che quanto sono rilassate.

Egli adunque conchiude che la tensione della membrana del timpano ha per oggetto di moderare l'intensità dell'azione del suono sull'orecchio.

Cerca inoltre di dimostrare che il grado di tensione della membrana aumenta e diminuisce secondo la forza del suono per arrestarne od agevolarne la propagazione.

Pensa che la membrana del timpano, gli ossicelli dell'udito e i loro muscoli compiono nell'orecchio gli stessi uffici che l'iride nell'occhio: vale a dire servono a proteggere l'orecchio contro l'impressione troppo gagliarda del suono.

---

(1) *Biologie. Tom. VI, pag.* 375.

(2) *Annales de Chimie. Tom. XXVI, pag.* 5.

Del resto Savart attribuisce con gli altri alla catena degli ossicelli la funzione di propagare le vibrazioni della membrana del timpano al labirinto.

Noi dobbiamo adunque conchiudere:

1.° Che il gran simpatico mantiene negli organi sensorii le necessarie condizioni organiche mediante la nutrizione.

2.° Che probabilmente determina la secrezione dei mezzi attraverso a' quali si opera l' azione dei corpi esterni sui nervi sensorii.

3.° Che produce negli organi sensorii muovimenti automatici che adattano l' intensità dell' azione degli stimoli all' attività de' nervi.

Gli organi sensorii oltre i nervi cerebrali ricevono rami del gran simpatico. Quindi si stabilisee un commercio tra la vita animale, e l' organica.

Riferiscansi per noi alcuni de' più importanti fenomeni che provano l' influenza del gran simpatico sugli organi sensorii.

Esiste un' intima connessione tra il globo oculare, gli organi secretorii posti nelle sue vicinanze, e le palpebre. Se una viva luce agisce per qualche tempo sull' occhio, le lagrime sgorgano in abbondanza. Se l' azione della luce sia subita e gagliarda, le palpebre chiudonsi all' istante in un modo quasi convulsivo. Certo non è in tal congiuntura volontario quel muovimento.

Per la lesione de' ramicelli del primo ramo del quinto pajo, i quali si portano alle palpebre, alla cute delle sopracciglia e alla fronte, le funzioni dell'

occhio sono scompigliate. Vi sopraggiunge dilatazione considerevole e immobilità della pupilla: talvolta pure una compita amaurósi. Ippocrate parla già di cecità in seguito alla ferita della palpebra superiore, o degl' integumenti della fronte. Valsalva (1), Platner (2), Morgagni (3), Vicq-d'Azyr (4), Ribes (5), Beer (6), Wardrop (7), Walter (8) ed altri hanno riferiti di simili esempj.

La dilatazione della pupilla dopo l' applicazione sull' occhio, sulla congiuntura, sulle palpebra di so-

---

(1) *Opera Morgagni. Epist. XVIII, N.° 7.*

(2) *De vulneribus superciliis illatis cur caecitatem inferant ad locum Hippocratis programma.* Lipsiae 1741.

(3) *De sede et caussis morborum, lib. I, epist. XIII, N.° 5.*

(4) *Histoire de la Societé de Médecine*, 1776, *pag.* 316.

(5) *Récherches anatomiques, et physiologiques sur quelques parties de l'oeil à l'occasion d'une plaie de tete : Mémoires de la Societé Médical d'Emulation. Tom.* 11, *pag.* 86.

(6) *Lehre von den Augen-Krankheiten. Tom. I, pag.* 168.

(7) *Essays on the morbid anatomy of. th. Eye. Tom. II, pag.* 180.

(8) *Ueber die Krankheiten der ciliar. nervensgstems in mensclichen Auge. Journal des chirurgie. Gref, Valter. Tom. III, pag.* 1.

stanze narcotiche, del succo o dell'estratto di belladonna, di giusquiamo datura e dell' acqua distillata di lauro ceraso: è dovuta all' azione di questa sostanza sui nervi cigliari. Tale è l' opinione di Beer, Himly, Wardrop, Baratta (1). Se si adoperano in moderata quantità, il nervo ottico e la retina rimangono offesi, e la vista non è turbata: ma se l' applicazione dura più lungamente o se le sostanze narcotiche sono amministrate all'interno o infine se sono messe in contatto con una ferita, non solamente si vede sopraggiungere una dilatazione considerabile della pupilla e la sua immobilità, ma ancora la retina è perturbata nelle sue funzioni e nasce l' amaurosi.

Somiglianti effetti vengono prodotti dalla noce vomica, dall' acido idrocianico, dalla digitale purpurea, dalla cicuta, dall' aconito quando sono inghiottite o introdotte nelle intestina, od applicate alla ferita, od injettate nelle vene, secondo gli sperimenti di Orfila.

Esiste un' associazione di muovimenti fra le due iridi. Quest' associazione è mantenuta per l' unione tra i nervi cigliari de' due organi. La ipofisi è un mezzo che stabilisce una corrispondenza tra i nervi del gran simpatico delle due a metà del corpo e de' due occhi. Fontana avea già scritto che alcuni filetti del gran simpatico risalgono lungo l' arteria cerebrale e vanno a finire nella glandula pituitaria.

---

(1) *Osservazioni pratiche sulle principali malattie degli occhi*, 1818, *Milano*.

Bock, Cloquet, Hirzel hanno parimenti trovati simili filetti, i quali tanto dal ramo ascendente del gran simpatico, quanto dal ganglio carotideo portansi all' ipofisi, l' unione del ganglio oftalmico, o dei nervi cigliari col gran simpatico nel canale carotideo è egualmente comprovata. Dunque l' ipofisi unisce le due iridi.

Vi sono altre simpatie fra i due occhi. Quando un occhio è infermo, si vede sovente infermare ancor l' altro. Quando l' iride è infiammata in un occhio, il cristallino divenuto opaco o la cornea trasparente presa da stafiloma, sovente addiviene che poco dopo si desti la stessa affezione nell' altro: e ciò ha luogo sebbene la cagione morbosa sia esterna. Wardrop riferisce che in un caso di ferita fatta all' iride di un occhio con uno stromento pungente e che eccitò infiammazione violenta, l' iride dell' altro occhio non tardò ad infiammarsi egualmente.

Una vivissima luce cade ad un tratto sull' occhio, specialmente quando si passa subitamente da un luogo oscuro ad uno alluminato: ne siegue lo sternuto. Questo effetto vuolsi derivare dall' unione dei rami del ganglio oftalmico, e dei nervi che accompagnano le arterie della retina coi rami del gran simpatico, e dall' unione di quest' ultimo coi nervi diaframmatici.

Il prurito particolare delle narici che precede lo sternuto è prodotto dall' anastomosi dei nervi cigliari e del ganglio oftalmico col ramo etmoidale del primo ramo del quinto pajo, che si porta dall' orbita alla membrana olfattiva delle corna.

Non è raro che nella ferita dell' occhio, in ispezieltà nelle lesioni dell' iride del corpo cigliare o della coroidea si eccitino vomiti: altre volte negli sconcerti del ventriglio osservansi affezioni morbose dell' occhio. Questa simpatia dipende dall' anastomosi dei nervi cigliari col gran simpatico, e di questa col pneumo-gastrico.

L' accumulamento de' gaz nelle intestina, e gli accidenti spasmodici che ne risultano nella ipocondriasi e nell' isteria apportano talfiata lesioni nell' occhio.

Nelle affezioni verminose osservansi più sintomi nell' occhio: dilatazione della pupilla, nittalopia, stabismo.

I diversi suoni riagiscono efficacemente sulle funzioni della vita animale e della nutrizione.

I suoni troppo forti nei sensitivi produssero epilessia.

Il giovane Albino (1) cadeva in una grande ansietà all' udir deboli suoni. Giovanni Frank vide un uomo affetto da tenia che non poteva sopportar l' organo. Rousseau afferma di aver conosciuto una matrona che non poteva ascoltare qualsiasi musica, senza provare un riso involontario e convulsivo.

Un fragore violento determina la chiusura subita ed automatica delle palpebre.

In tal caso l' eccitamento del nervo simpatico somministrato dal terzo ramo del quinto pajo e della

---

(1) *Elém. phys. Tom. IV, pag.* 394.

corda del timpano, sembra propagarsi a' nervi palpebrali emanati dal primo e dal secondo ramo del quinto pajo, e determinare in tal guisa la contrazione del muscolo orbicolare delle palpebre.

Vi sono inoltre fenomeni, i quali dimostrano che gli organi della vita di nutrizione sono eccitati dai suoni. Questa reazione si spiega per l' anastomosi della corda del timpano coi rami del nervo glosso-faringeo e del gran simpatico i quali si portano alla cavità del timpano.

Schmidt (1) scrive d'un giovane il quale al romore d' una scopa cadeva in un accesso di suffocazione.

Mannagetta (2) narra d'un tale, che al suon della lira non poteva ritenere l' urina in vescica.

Nelle affezioni verminose avvi durezza di udito ed anche assoluta sordità. Questi effetti accompagnano pure talvolta la gravidanza, e cessano al sopraggiungere del parto. Richa (3) vide sordità e debolezza di vista in un' affezione di calcoli vescicali.

Numerosi fenomeni di simpatia osservansi tra l'organo dell' odorato e gli organi della vita nutritiva. Ma non avvi altro organo che riceva un egual numero de' rami del gran simpatico: ne riceve specialmente dal ganglio sfeno-palatino.

---

(1) *Misc. natura curios. Dec. I, ann., IX, e X, obs. 47, pag.* 122.

(2) *Misc. natura curios. Ann. I, obs.* 134, *pag.* 298.

(3) *Constitut. epidem. Taurini* 1720, 58.

Le sostanze odorose agiscono sulla glandula lagrimale, sulle glandule salivari, e sugli organi respiratorii, sul cuore, sul ventriglio. Certi odori eccitano gli organi genitali.

Le irritazioni dell' organo dell' odorato agisce specialmente sui muscoli dell' apparato respiratorio.

La superficie della membrana pituitaria colla glandula lagrimale dipende dall' anastomosi de' nervi nasali dal primo ramo del quinto pajo con quello della glandula lagrimale.

La simpatia dell' organo dell' odorato colla glandula lagrimale vuolsi derivare dall' anastomosi del nervo accessorio del naso con quelli delle glandule salivari.

La simpatia dell' organo dell' odorato coll' apparato respiratorio procede dal nervo accessorio che il quinto pajo ed il ganglio sfeno-palatino danno al naso, a tutti i nervi che presiedono ai muovimenti respiratorii, epperciò ai nervi facciali, ai pneumogastrici, agli accessorii del Willis, e ai diaframmatici. Tutti questi nervi hanno più o meno intime connessioni col quinto pajo e col gran simpatico.

Trevirano racconta d' un giovane che era privo dell'odorato dalla nascita, e tuttavia sternutava quando prendea tabacco.

Dunque hanno torto Haller, Whyth e Unzer nell' attribuire lo sternuto all' irritazione de' nervi olfattivi cui succede la reazione del cervello sui muscoli dell' apparato respiratorio.

La lingua ha interne relazioni colle glandule salivarie, col tramezzo delle narici,

La secrezione della saliva per le sostanze acri applicate alla lingua procede dalla diffusione dell' eccitamento operata dai rami del terzo ramo del quinto pajo.

L' affezione del tramezzo delle narici è causata dal nervo naso-palatino di Scarpa, il quale è un ramo del ganglio sfeno-palatino.

La lingua ha pur simpatia col ventricolo per l' anastomosi de' suoi nervi col pneumo-gastrico e col simpatico.

Dal sinqui detto si rileva come esista una stretta relazione tra gli organi sensorii e quelli della vita nutritiva: e quella si spieghi per le numerose anastomosi del nervo gran simpatico co' nervi sensorii e co' nervi cerebrali.

ligamento della rotella. Petit, Desault e Sabatier videro degli esempj di questi casi. Quando poi la rotella si spezza longitudinalmente, la frattura è sempre cagionata da violenza esterna.

La frattura trasversale della rotella può essere prodotta anche da un colpo o da una caduta sulla parte; ma ne' casi comuni, essa è prodotta dalla azione violenta de' muscoli estensori della gamba. Non è però che in questi ultimi anni che siasi conosciuto il vero modo con cui d' ordinario si spezza la rotella. Come osserva Boyer, per produrre la frattura trasversale della rotella, non è necessario che i muscoli estensori della gamba agiscano con forza convulsiva, essendo la loro forza ordinaria sufficiente per produrre quest' effetto, quando il corpo è inclinato indietro, e che il paziente è in pericolo di cadere sull' occipite. In questo stato, trovandosi la coscia piegata, i muscoli estensori della gamba si contraggono potentemente per portare il corpo avanti: ed impedire la caduta indietro; e la rotella, la cui superficie allora non posa che in un punto contro la parte anteriore de' condili del femore, trovasi posta fra la resistenza del ligamento che la attacca alla tibia, e l' azione de' muscoli estensori. In questa circostanza, la frattura succede più facilmente perchè, mediante la flessione del ginocchio, la linea dei muscoli estensori e quella del ligamento della rotella sono obblique riguardo all'asse verticale di questo osso, che è piegato indietro al punto in cui posa sopra i condili.

Sez. XII.

La rotella può però fratturarsi trasversalmente, stando il membro retto, mediante l' azione spasmodica violenta de' muscoli estensori. Il signor A. Cooper riferisce un caso assai singolare, in cui la rotella, ch' era già stata fratturata, e ch' erasi riunita mediante un ligamento, restò divisa di nuovo in due parti in conseguenza d' ulcerazione che distrusse il mezzo d' unione.

Si fa pure menzione d' un altro caso in cui la sostanza ligamentosa che serve di unione s' incorporò tanto colla cute, che, essendosi ulcerata quest' ultima, rimase aperto il ginocchio, e si dovette passare all' amputazione.

Nelle fratture trasversali, si trova uno spazio considerabile fra i due frammenti, assai sensibile al dito, quando si ponga la mano sul ginocchio. Questa separazione non è fatta da ambedue le porzioni dell'osso; la superiore, abbracciata da' muscoli estensori, è tirata insù, con forza da queste potenze cui la rotella più non resiste; mentre la porzione inferiore, non essendo connessa che col ligamento inferiore, non viene mossa da nessun muscolo, e non può essere spostata che dai moti della gamba cui è attaccata. Quindi avviene che la separazione è minore quando il membro è disteso, non essendo essa prodotta in tal caso che dal frammento superiore, e maggiore quando si piega il membro, poichè allora essa è prodotta da ambidue i frammenti, ed essa può crescere o diminuire col piegare più o meno il ginocchio.

Come è stato indicato particolarmente da Boyer, la lacerazione o la non lacerazione dell' espansione tendinosa sulla parte anteriore della rotella costituisce in questi casi una differenza materiale, essendo questa lacerazione una parte di grande importanza nella cura. Secondo questo autore, nelle fratture semplici della rotella, una parte di quest' espansione resta non lacerata, e in tal caso, la separazione non è assai considerabile; ma l' azione violenta de' muscoli estensori, la caduta che tien dietro alla frattura, o il piegare di troppo il ginocchio, possono separare ulteriormente i due frammenti e ompere l' espansione tendinosa.

Secondo il signor A. ooper, quando il ligamento non è lacerato che di poco, la separazione non è che di circa mezzo pollice; ma se l' offesa è più grave, un frammento si allontana da ben cinque pollici in su, ed avvi grande lacerazione del legamento capsulare e dell' aponeurosi tendinosa che copre la rotella.

Si può muovere di traverso la porzione superiore di quest' osso, con che si produce dolore; ma non si può sentire nessun crepito, poichè i due frammenti non sono abbastanza vicini tra di loro. Quando il gonfiamento del ginocchio, che tien dietro alla frattura della rotella, è assai grande, i sintomi di questa frattura possono esser più o meno oscuri. Il paziente però, a cagione dell' innabilità dei muscoli estensori per muovere la gamba, ad eccezione di pochi casi in cui la frattura è assai bassa, non può

reggersi in piedi senza difficoltà, ed è quasi interamente inabilitato a passeggiare.

Le indicazioni principali del metodo di cura per la frattura della rotella sono di superare l'azione dei muscoli estensori della gamba, e di mantenere i frammenti più che si possa ravvicinati, parte con una posizione vantaggiosa del membro, e parte con mezzi meccanici. Si adempie alla prima indicazione col rilassare i muscoli suddetti: 1.° estendendo la gamba; 2.° piegando la coscia sulla pelvi, ossia alzando il femore in modo che la distanza fra il ginocchio e il processo spinoso anterior superiore dell' ilio sia minore per quel che è possibile, ciò che richiede di rialzare anche il corpo e d' inclinare avanti la pelvi. Insomma, come fu già consigliato da Richter, il paziente debbe stare quasi sedendo, e col tronco che formi angolo retto colla coscia; 3.° comprimendo i muscoli con una fascia. La seconda indicazione, o quella di porre e mantenere i frammenti a contatto o più vicino che le circostanze il comportino, viene già compiuta dalla suddetta posizione del membro e del tronco; ma non si adempie completamente ad essa se non si comprima anche la porzione superiore dell' osso verso l' inferiore, e non la si mantenga meccanicamente in questa situazione colla compressione d' un apparecchio o d' una fascia. Nello spingere poi il frammento superiore contro lo inferiore dovrà il chirurgo aver sempre cura che la pelle non sia abbassata e ristretta fra i due frammenti.

Dopo d' avere descritti i principj da osservarsi, non saprei quale altra grande utilità potesse risultare dal dettaglio de' varj metodi di curare le fratture della rotella, e che sono preferiti da varj chirurgi.

Ottima cosa sarà il consultare la descrizione del metodo e dell' apparecchio del barone Boyer. E con questo si può ommettere la pratica di Desault, come quella che non è adottata dai chirurgi moderni, non già perchè sia fondata sopra qualche falso principio, ma perchè il suo apparecchio è più complicato che non bisogni.

Dopo d' avere posto il paziente sul letto, sopra d' un materasso e nella posizione conveniente, col membro fermato, sostenuto e rialzato come già si è detto sopra una stecca concava ben guernita di cuscinetti, il signor A. Cooper da principio non applica nessuna fasciatura al ginocchio, ma lo copre di tela bagnata in una mistura di cinque once di acetato di piombo ed un' oncia di spirito di vino. Se il giorno dopo, od indi a due giorni, la distensione sia grande, o si vegga l' ecchimosi, si dovrà applicare le sanguisughe e continuare il bagnuolo; ma non si comincerà a far uso di fasce se non dopo cessata la distensione; poichè il signor A. Cooper ci avvisa d' aver veduto seguire gravi angosce, e gonfiamento tale da minacciare gangrena per l' uso prematuro della fascia. Questo esperto chirurgo, invece della fasciatura circolare posta sopra e sotto i due frammenti, e tenuta congiunta con nastri, ec. in

modo da portare il frammento superiore verso l' inferiore, preferisce il metodo seguente. Egli lega intorno alla coscia una coreggia mediante una fibbia sopra la parte fratturata ed elevata dell' osso, e da questa coreggia ne parte un' altra che passa sotto alla metà del piede, tenendo distesa la gamba, e il piede rialzato considerabilmente. Questa coreggia si porta in su ad ambe le parti della rotella, e la si ferma con fibbia all' altra applicata alla parte inferiore della coscia. La si può anche legare al piede od a qualunque parte della gamba con de' nastri. Debbesi tenere il membro in questa posizione per cinque settimane, qualora il paziente sia adulto od avanzato in età. Si comincia quindi a dare all' articolazione un leggier moto passivo, e lo si va crescendo tutti i giorni finchè la flessione del ginocchio non sia completa.

Ma, sebbene sia evidente la sconvenienza di fare qualche costrizione al ginocchio con una fascia, finchè la cute è gonfia ed infiammata, il chirurgo debbe sapere che questo gonfiamento e questa infiammazione non debbono produrre nessun ritardo di porre il membro in una esatta direzione e di comprimere il frammento superiore contro l' inferiore. Mohrenheim attribuisce lo zoppicare tanto frequente ne' tempi andati dopo queste fratture, parte al costume di non pensare a ravvicinare i frammenti dell' osso finchè non era cessato il gonfiamento, e parte all' uso di piegare il ginocchio troppo presto coll' intenzione di mantenerne il moto. Ma, dic' egli, nulla

v' ha di più chiaro di ciò ch' egli è più vantaggioso di procurare da principio l' unione della frattura, e in seguito la pieghevolezza del membro.

Boyer similmente ha rimarcato che la sostanza che forma il mezzo d' unione è atta a cedere e ad allungarsi col piegare il ginocchio troppo presto, e quindi egli non permette mai che si faccia fare questo moto avanti il termine di due mesi. Quando la sostanza ligamentosa è lunga, e il paziente dura grave fatica in ricuperare l' uso de' muscoli estensori, egli dovrà sedere tutti i giorni sopra una tavola, e procurare di metterli in azione, e secondo che questa va crescendo, si può attaccare un peso al piede, come è stato raccomandato da Hunter, da Sheldon, ec.

Non v'ha nulla che serva meglio a tenere la gamba estesa più sicuramente quando una stecca lunga e larga e scavata, con un cuscinetto ben adattato, applicata alla parte posteriore della coscia e della gamba, e fissata con una fascia, mentre debbesi piegare la stessa coscia col rialzare tutto il membro, dal calcagno alla sommità della coscia, con degli origlieri, che debbono quindi formare un' ascesa per gradi dalla tuberosità dell' ischio insino al piede.

La rotella fratturata si consolida quasi sempre col mezzo d' una sostanza legamentosa, invece d' una sostanza ossea.

Ora però non si ha più nessun dubbio che possa aver luogo l' unione ossea della frattura trasversale della rotella, e più sovente ancora della perpendicolare.

Per tal modo, Lallement ha pubblicato un esempio superiore ad ogni equivoco d'una frattura trasversale di rotella consolidata con unione ossea, insieme colla storia del caso e di quel che si trovò dopo morto il paziente di altra malattia.

Nella collezione del dottor Guglielmo Hunter, si vede un esemplare ben marcato d'unione ossea della frattura trasversale della rotella, e il signor Wilson ne ha veduto altri esempj nei cadaveri.

La ragione per cui le fratture trasversali della rotella d' ordinario non si riuniscono col callo, non si debbe a deficienza di facoltà di quest' osso di produrre una sostanza ossea per formare l' unione; perocchè, come Larrey ha riferito parecchie volte, se si tengono i frammenti a perfetto contatto con un apparecchio conveniente, la loro unione ossea si fa tanto completa che in seguito si può a mala pena rintracciare qualche indizio della frattura.

Questo veramente è un fatto sul quale si fonda Larrey come su quello che serve di prova che il callo non viene prodotto dal periostio, ma dagli stessi vasi dell' osso. E, ciò che debbe aggiugnere forza al tenore delle osservazioni precedenti, si è la considerazione che le fratture perpendicolari o longitudinali della rotella, le quali non sono soggette a spostatura per azione dei muscoli estensori della gamba, sono suscettibili di pronta riunione ossea.

Questo è un punto, che non può essere rivocato in dubbio con nessun sperimento fatto sugli animali, senza il vantaggio del riposo e

di un metodo conveniente. Si hanno però alcuni altri fatti che dimostrano che generalmente si produce l'unione legamentosa tanto nelle fratture longitudinali che nelle trasversali, quando i frammenti sono separati; ma che se questi non sono allontanati, allora succede l' unione ossea. Così, in un caso riferito dal signor A. Cooper, una terza parte della patella rimase divisa dal rimanente dell' osso, e si unì con un legamento, restando mobili liberamente i due frammenti.

Lo stesso chirurgo spezzò la rotella longitudinalmente in un cane senza estendere la divisione nel tendine superiore o nel ligamento inferiore, in modo che i frammenti non poterono essere disgiunti; e in tre settimane ottenne una perfetta unione ossea. Si riferisce anche un caso d' un signore che ebbe fratturata la rotella di traverso, e fratturato perpendicolarmente il frammento inferiore. La frattura trasversale si riunì, come d' ordinario, per mezzo d' un ligamento, e la perpendicolare mediante una sostanza ossea.

Già da gran tempo Pott e Sheldon consultarono le nozioni inesatte antiche riguardanti l' inconveniente del trasudamento e della prominenza del callo nella articolazione dopo la frattura della rotella, e specialmente nel caso in cui si tengono i frammenti a contatto.

All' opposto, come rimarca il signor A. Cooper, la superficie interna articolare conserva la sua levigatura naturale.

Pare assai difficile di spiegare come mai si possono conciliare insieme la dottrina dell' esuberanza del callo co' dubbj intorno alla possibilità dell'unione ossea.

Pott ed alcuni altri opinarono che il trovarsi in seguito un interstizio fra i due pezzi della rotella con di mezzo per un certo tratto una sostanza, che serve d' unione, potesse riuscire vantaggioso al moto dell' articolazione; ma Desault, Boyer, il signor A. Cooper, sir Giacomo Earle ed altri hanno trovato che quanto maggiore è la distanza fra i due frammenti dell' osso, ed altrettanto è maggiore la difficoltà che ne consiegue di camminare sovra un terreno che monta, o sopra un suolo disuguale.

Nella cura della frattura della rotella longitudinale o perpendicolare, debbesi tenere la gamba estesa, far uso delle sanguisughe e de'bagnuoli freddi. Dopo pochi giorni, si pone una fascia intorno al membro, e quindi una ginocchiera fermata con coreggie e con fibbie intorno al membro sopra e sotto alla rotella.

Le sperienze di Dupuytren confermano il fatto che la frattura longitudinale della rotella si consolida in breve tempo.

Le fratture composte della rotella terminano sovente colla morte dell' ammalato quando non si eseguisca a tempo debito l' amputazione. Esse però non portano sempre per conseguenza o la morte o la perdita del membro. Nell' estate del 1820 nello spedale di S. Bartolommeo il signor Vincent ha curato una frattura, in cui la rotella era fracassata, e

l' apertura tanto estesa da poter far passare facilmente il dito entro l' articolazione, e in cui, dopo una cura fastidiosa, dopo la formazione di varj assessi, e la separazione di parecchi frammenti d'osso, l' ammalato si riebbe restando col membro inflessibile. In generale però si può credere col sig. A. Cooper, che nelle fratture composte della rotella, se la lacerazione sia estesa, o la contusione assai considerabile, sia necessaria l' amputazione; ma che se la ferita sia piccola, il paziente non irritabile, e non abbiavi probabilità di gangrena degl' integumenti, nè de' legamenti, possa convenire di tentare di salvare il membro.

La ferita debbe farsi guarire più presto che sia possibile, e si debbe far uso de' bagnuoli svaporanti; tenendo il paziente in riposo in una posizione conveniente, ad una dieta assai rigorosa, ed impiegando il salasso, le sanguisughe e i rimedj aperienti. Dopo d'aver riferito le osservazioni suddette, merita particolare attenzione un altro caso di frattura composta della rotella assai cattivo, nello stesso ospitale, che vi si trova già da un mese. Finora non si è separato nessuno frammento, ma esce tutti i giorni una gran quantità di materia dalla ferita. Questo caso debbe ritenersi come assai precario, sebbene, se i sintomi etici non indeboliscono di troppo il paziente, si potrebbe probabilmente conservare il membro.

FRATTURE DELLA GAMBA.

Le fratture della gamba possono essere trasversali ed obbliquè. Dicesi che il primo caso sia assai comune ne' fanciulli. L' esperienza dimostra che le due ossa della gamba si spezzano assai più sovente insieme che non separatamente ; fatto che da Boyer viene ascritto alla forza delle articolazioni del ginocchio e della noce del piede.

La direzione di una frattura obbliqua della tibia trovasi assai costantemente dal basso in alto, e dall' interno all' esterno , presentandosi assai d' ordinario l' estremità del frammento superiore sotto la cute dalla parte anteriore ed interiore della gamba. In questi casi , la spostatura longitudinale della frattura è meno costante dell' orizzontale ed angolare ; ma quando ha luogo , i frammenti inferiori si trovano tirati verso la parte esteriore e posteriore. Lo spostamento angolare può essere prodotto o dall' azione de' muscoli posteriori della gamba , o dal peso del corpo , e in ambidue i casi l' angolo protubera anteriormente. Se però il calcagno sia rialzato di troppo, l' angolo può dirigersi verso la parte posteriore. La spostatura rotatoria , che più comunemente succede verso la parte esterna , è prodotta dall' inclinazione del piede , e se questo sia voltato troppo indietro , lo spostamento per rotazione seguirà la stessa direzione. Nelle fratture trasversali non può presentarsi lo spostamento longitudinale a cagione dell' estensione

considerabile delle superficie dell' osso ; ma , nelle fratture obblique , i frammenti inferiori sono quasi sempre tirati in su dall'azione dei muscoli posteriori della gamba , nella quale posizione delle parti le estremità inferiori de' frammenti superiori protuberano anteriormente e si possono sentire colla mano. Talvolta però , quando la soluzione di continuità è obbliqua al basso ed all' esterno , la prominenza anteriore è prodotta dai frammenti inferiori. In ambidue i generi di spostatura le estremità acute delle ossa possono lacerare e penetrare gl' integumenti , ed essere causa di frattura composta.

I sintomi ordinarj indicanti frattura d' ambedue le ossa della gamba , sono un cangiamento nella direzione e nella forma del membro , dolore , mobilità de' frammenti , e crepito distinto.

Le fratture presso al ginocchio non sono molto soggette a spostamenti a cagione della grossezza della tibia in questa situazione; ma sono più pericolose di quelle alla metà dell' osso per essere susseguite assai sovente da anchilosi del ginocchio. Più pericolose ancora sono poi le fratture alla noce del piede. Le fratture obblique sono assai difficili da curare , e quando la spostatura loro è verso la parte superiore ed esteriore , avvi pericolo di lacerazione degl' integumenti dalle punte protuberanti della porzione superiore della tibia.

La maggior parte delle osservazioni fatte sulle fratture composte in generale , sono applicabili alle fratture composte di cattivo genere delle gamba.

Se si paragoni il volume della tibia con quello della fibula, e si faccia attenzione alla stretta connessione di queste ossa tra di loro, si potrà formarsi l'idea che non si possa rompere la prima senza che si spezzi anche la seconda. L'esperienza dimostra però il contrario; e le ragioni di questo fatto, come rimarca Boyer, possono dedursi dal considerare che la tibia è l'osso che sostiene il peso del corpo e che essa è situata dalla parte anteriore del membro, dove non è ricoperta che dalla pelle, e resta esposta agli effetti della violenza esterna.

Quando non si trova fratturata che la tibia, dicesi che la frattura sia sempre trasversale.

Se la frattura è presso al ginocchio, la grande estensione delle superficie fratturate impedisce qualunque spostamento considerabile dei frammenti; e la fibula, coll'agəɹɹ ome un sostegno dal lato esterno, contribuisce essa pure a questo effetto. Boyer ha veduto però un esempio in cui la tibia era stata spezzata da un calcio di cavallo, e i frammenti erano spostati secondo la direzione dell'asse dell'osso, spostamento che non si potè ridurre, e per cui l'osso rimase per tutta la vita prominente in questa parte.

La mancanza di spostamento rende sovente assai difficile la diagnosi della frattura della tibia, e questa difficoltà è accresciuta ulteriormente dal poco dolore e dai piccoli sconcerti prodotti da queste fratture, essendosi vedute delle persone che, in questo stato di cose, poterono passeggiare.

Ogni qual volta abbiasi ragione di sospettare di

questo accidente, in conseguenza d' un colpo o di una caduta sulla gamba, si dovrà esaminare diligentemente la parte. Si faranno passare le dita lungo la parte anteriore della tibia, dove si può scoprire anche le disuguaglianze più piccole per esser essa ricoperta semplicemente dalla pelle; e si potrà scoprire il moto de' frammenti col prendere le estremità opposte e collo spingerle secondo varie direzioni. Questi movimenti però ed il crepito sono assai poco distinti, perchè la fibula non permette che i frammenti si muovano abbastanza l' uno sopra l' altro.

Esaminando diligentemente la posizione e la forza delle due ossa della gamba, si vedrà che la tibia sostiene da sola tutto il peso del corpo, tutte le scosse dirette secondo l' asse del membro, e parecchi generi di forze applicati anche secondo la direzione trasversale, senza operare sopra qualche punto particolare. E di qui nasce la frequenza delle fratture della tibia; e se, generalmente parlando, si spezza contemporaneamente anche la fibula, quest' ultima frattura non è che conseguenza dell'altra, ed accade perchè quest' osso più sottile non è capace di sostenere il peso del corpo, l' impulso della violenza esterna ed anche l' azione dei muscoli dopo spezzata la tibia.

Altronde, come rimarca lo stesso illustre chirurgo, essendo la fibula destinata principalmente come sostegno della parte esterna del piede, lo è particolarmente quando si eseguisce questa funzione, e la sua estremità inferiore debbe far resistenza cogli

sforzi fatti in quella direzione in cui è fratturata ; se la parte inferiore della tibia viene spezzata talvolta nella stessa forza , ciò accade quasi sempre in conseguenza , e non per effetto di un' azione diretta e simultanea sopra le due ossa.

Non tutte però le fratture della fibula sono prodotte dalla stessa maniera ; e Dupuytren si accorda con Boyer, col signor C. Bell, e con tutti i migliori scrittori su questo soggetto, in dividere questi casi in due generi ; 1.° in quelli in cui la forza è applicata direttamente all' osso stesso ; 2.° ne' casi più importanti e più serj in cui la forza opera sopra la fibula pel mezzo del piede. Per quel che risguarda la prima classe di questi casi , la situazione della fibula sul lato esterno della gamba , situazione la quale pare che assai la esponga alla violenza esterna; la sua sottigliezza ; l' interstizio che resta fra la tibia e la parte media della gamba , e la maniera con cui ciascuna estremità di essa posa sopra quest' ultimo osso , potrebbero indurre ad aspettarsi che si dovesse fratturare più sovente la sua parte media ; ma questo caso è meno frequente di quello che credere si possa. E , come rimarca Dupuytren di questo fatto si hanno due ragioni, vale a dire , l' essere la fibula protetta dai muscoli peronei , e la rarità delle circostanze capaci di produrre la frattura per causa diretta. Quelle fratture che d' ordinario sono accompagnate da deformazione , ed in alcuni casi non impediscono al paziente di posare sul piede , la maggior parte delle volte non possono esser conosciute,

se pure non si presti attenzione alla maniera con cui è stato prodotto l' accidente ed alla presenza dell'ecchimosi e del dolore più o meno grande nella parte ch' è stata colpita o compressa, insieme con un grado d'irregolarità della fibula sensibile al dito, con una mobilità più o meno distinta e con crepito delle estremità della frattura.

Le cause ordinarie di questa sorta di fratture sono i colpi sulla fibula, le ferite d' armi da fuoco, la caduta di corpi pesanti sulla parte esteriore della gamba o il loro passaggio sovra la stessa parte. Generalmente il piede non è torto nè indentro, nè infuori, e in molti casi questo accidente guarisce facilmente col riposo, senza essere accompagnato da nessuno de' sintomi che tanto sovente rendono complicate altre fratture della fibula prodotte da contorsione del piede.

Si può rimarcare una notabile analogia fra le fratture della parte centrale della fibula e quelle della porzione corrispondente dell' ulna, e ciò per rispetto alle cause, ai sintomi, al metodo di cura ed alle conseguenze.

Le fratture della parte media dell' ulna, al pari di quelle del corpo della fibula, sono sempre prodotte da colpi o da cadute sulla parte fratturata, o da violenza fatta direttamente all' osso. Queste fratture non sono quasi mai accompagnate da qualche deformazione del membro, da incapacità di muoverlo o da spostature de' frammenti: e come appunto alcuni individui possono passeggiare con frattura della

fibula, così se ne trovano altri che, non ostante la frattura dell' ulna, possono servirsi del braccio quasi ugualmente bene che se non fosse offeso. Quest' ultimo caso, come quello della frattura della fibula, non può essere conosciuto se non col paragonare la maniera con cui la parte è stata colpita, il dolore, l' ecchimosi, le irregolarità, il moto e il crepito, i quali ultimi effetti non sono neppure troppo evidenti nelle parti superiori dell' osso. Al pari delle fratture del corpo della fibula, quelle del corpo dell' ulna non richieggono che riposo e rimedj topici discuzienti, e ben di rado l' uso d' una fasciatura, e delle altre cose necessarie nella cura delle fratture d' ambidue le ossa del braccio o di quelle del radio solo.

Le fratture della fibula per causa indiretta possono nascere dall' essere stato il piede contorto violentemente od indentro, od infuori. In ambidue questi casi, la causa della frattura è un cambiamento nella direzione della linea in cui si trasmette il peso del corpo. Nel primo caso, la detta linea, invece di seguire, come d' ordinario, l' asse della tibia e di cadere sopra l' astragalo, s' incrocicchia sovra l' estremità inferiore della tibia e l' articolazione della noce del piede, obbliquamente dall' interno all' esterno, e dopo d' essere passata a traverso del malleolo esterno si estende alla parte esterna del membro. Le parti, che allora sostengono il peso del corpo, sono il malleolo esterno, e l' estremità inferiore della tibia, e oltre a questo stato delle parti, lo

stesso malleolo è sottoposto ad essere tirato dai ligamenti laterali esterni che agiscono con grande forza per trovarsi ora quasi ad angolo retto colla estremità inferiore della fibula, mentre lo stesso processo trovasi a contatto coll'astragalo che dalla tibia è cacciato dall' interno all' esterno. Essendo questo ultimo osso più grosso e più forte della fibula, generalmente resiste, e se accade talvolta che si rompa il malleolo interno, ciò accade secondariamente come effetto della spostatura del piede esternamente.

Nell' altro caso in cui il piede è torto al di fuori, il centro di gravità del corpo, invece di seguire il suo corso ordinario, passa obbliquamente a traverso dell' estremità inferiore della fibula e dell' articolazione del piede e del malleolo interno, e cade sul suolo ad una distanza più o meno grande dal margine interno del piede. Da un lato i ligamenti laterali interni ed il malleolo, e dall' altro l' estremità inferiore della tibia sono allora le parti che debbono sostenere il peso di tutto il corpo e la forza dei muscoli; e sono anche le parti che si lacerano e si fratturano, prima i legamenti laterali interni od il malleolo, e quindi la parte inferiore della fibula.

Alcuni de' sintomi della frattura della fibula, per causa indiretta, dipendono da lussazione del piede. Dupuytren li divide in due generi, vale a dire in presuntivi ed in caratteristici. I primi sono: la maniera con cui il paziente ha ricevuto il colpo; un romore od una specie di scoppio sentito dal paziente al momento dell' offesa; un dolore fisso alla parte

inferiore della fibula ; una difficoltà od inabilità di camminare ; un gonfiamento maggiore o minore intorno alla noce del piede, e specialmente intorno al malleolo esterno ed alla porzione inferiore della fibula. I sintomi caratteristici sono : una irregolarità ed una mobilità non naturale d' alcuni punti della estremità inferiore della fibula ; un crepito che si può sentire più o meno distintamente col comprimere o col muovere la parte ; una mobilità di tutto il piede trasversalmente ed orizzontalmente ; una facilità di portare l'estremità inferiore della fibula verso la tibia mediante la compressione, un cangiamento nel punto d' incidenza dell' asse del membro sul piede ; una contorsione del piede all' esterno e talvolta posteriormente ; la rotazione della stessa parte sopra il suo asse dall' interno all'esterno ; un abbassamento angolare più o meno manifesto alla parte esteriore inferiore della gamba ; la protuberanza del malleolo interno ; lo scomparire di quasi tutti questi sintomi sì tosto che si è fatta la riduzione collo applicare una forza al piede, e il loro ritorno immediato cessando quella forza, e particolarmente se il membro si trova in una posizione distesa.

Nel considerare le varietà della frattura semplice della fibula, la prima cui Dupuytren faccia attenzione, è quella, in cui la frattura si trova più di tre pollici sopra l' estremità del malleolo esterno ; il quale caso non è nè accompagnato, nè seguito da spostatura del piede, ed è quasi sempre prodotto da applicazione diretta della violenza sulla parte fratturata dell' osso.

La secouda varietà delle fratture semplici della fibula è quella in cui l' osso è fratturato, o per forza diretta, o per indiretta, entro ai primi tre pollici dell' estremità del malleolo esterno, e in cui il piede non è spostato, sebben sia possibile che ne succeda la spostatura, come sovente accade dopo leggerissimi sforzi, o dietro alcuni movimenti eseguiti dal paziente. Il punto in cui più di frequenti si fa la frattura è circa a due pollici e mezzo sopra l' estremità del malleolo esterno. Generalmente questo è il posto della frattura prodotta da contorsione del piede in fuori; ma la frattura può succedere più al basso, come accade d' ordinario quando la frattura è prodotta da contorsione del piede verso la parte interna.

Queste fratture della fibula, considerate astrattamente, non sono per sè stesse di grande importanza; ma sono assai gravi relativamente alla maniera con cui rendono facile la lussazione del piede.

Fra le complicazioni più frequenti delle fratture della fibula avvi la rottura dei legamenti laterali interni, il distaccarsi della punta del malleolo interno, e la frattura della parte inferiore della tibia. Quando queste offese procedono da contorsione violenta del piede all' esterno, allora esse antecedono la frattura della fibula; ma quando sono cagionate da contorsione all' interno, vengono in seguito alla frattura dell' osso.

Oltre allo storcimento del piede all' esterno od all'interno che può accompagnare certe fratture della

fibula, si può trovare un' altra complicazione, vale a dire la lussazione del piede indietro, prodotta dall' azione de' muscoli della polpa, e non dalle stesse che hanno fratturato l' osso. Ogni volta però che il malleolo interno non ha ceduto, la lussazione è incompleta, e il piede trovasi inclinato tanto all' esterno quanto verso la parte posteriore. Nella lussazione completa, come rimarca Dupuytren, si è trovata sommamente vantaggiosa la posizione piegata, sebbene egli emmetta ch' essa non possa servir sempre per mantenere la riduzione.

METODO DI CURA DELLE FRATTURE DELLA GAMBA

Della stessa maniera che nei casi di frattura delle cosce, il pratico può adottare tanto la posizione piegata quanto la retta; in Inghilterra, i chirurgi seguono per la maggior parte il metodo di Pott, e trascelgono il primo, del quale soltanto s' intende di parlare. Uno intende perchè la posizione piegata, generalmente parlando, sia più vantaggiosa nella frattura della gamba. I forti muscoli della polpa della gamba sono le potenze che tendono a spostare la estremità della frattura, ed è cosa di somma importanza ch' essi siano rilassati. Tutto al contrario, nelle fratture della coscia, i muscoli sono tanto numerosi, che il tentativo di rilassare con qualunque posizione del membro tutti quelli che possono spostare i frammenti, tornerebbe vano. Si deve però concedere che nella posizione piegata l' apparecchio è

difettoso, perchè non impedisce il moto del ginocchio, ma non ostante a ciò, egli è certo che questo moto non ha un effetto tanto offensivo sulle fratture della gamba quanto su quelle della coscia. Quando il caso è complicato con ferita che non si può medicare tenendo il membro piegato, senza grave disturbo della frattura, non vi ha dubbio che si debba preferire la posizione retta. Per quel che concerne una delle obbiezioni di Pott contro questa posizione, vale a dire che essa rende inflessibile il ginocchio per assai tempo dopo la guarigione, si sospetta che non debbesi dare peso a questa circostanza, poichè, com'è stato rimarcato assai bene da Boyer, la parte ch' è afflitta in modo è sempre l' articolazione sotto alla frattura.

Nella frattura della fibula soltanto, dice Pott, la posizione non è cosa di grande conseguenza; poichè, rimanendo intiera la tibia, si conserva la figura della gamba e si rende interamente non necessaria l' estensione; ma pure, anche in questo caso, la posizione della gamba sul suo lato, invece della giacitura sulla polpa, è seguita da una conseguenza assai buona, vale a dire che mantenendo il ginocchio in una posizione moderatamente piegata non lo si rende in seguito troppo incapace di flessione e di uso, quanto colla posizione retta, e per conseguenza il paziente resta abilitato a camminare più presto di quelli la cui gamba è stata tenuta nell' ultima posizione.

Nella frattura della tibia e della fibula insieme,

debbesi tenere il ginocchio moderatamente piegato, e la coscia, il corpo e la gamba nella stessa posizione come nella frattura della coscia. Se si faccia uso delle stecche comuni, si dovrà porne una sotto alla gamba, e che si stenderà dalla parte superiore del ginocchio fin sotto alla noce del piede, sostenendo bene il piede con origlieri, cuscinetti, ec. ed un' altra d' uguale lunghezza sulla parte superiore e che abbracci ugualmente ambedue le articolazioni; e si dovrà ritenere questa posizione delle stecche, per riguardo alla loro lunghezza, anche quando si ponga la gamba estesa secondo il metodo comune, non cangiando che la loro posizione secondo il cambiamento della posizione della gamba, e chiamando quella, che dicesi inferiore in un caso, esteriore nell' altro; e quella che dicesi superiore nel primo caso, inferiore nel secondo.

Se si faccia uso delle stecche del signor Sharp, trovasi in una di esse un provvedimento per sostenere più agiatamente il piede e la sua articolazione, mediante una concavità ed una prolungazione della stecca inferiore o fibulare ad oggetto di tener fermo il piede.

Trovandosi rilassati i forti muscoli della gamba mediante la posizione piegata del membro, come viene consigliato dal signor Pott, il chirurgo dovrà fare quell' estensione che pare necessaria per portare a perfetto contatto le estremità della frattura. Egli rialzerà quindi accuratamente la gamba qualche poco dalla superficie del letto, tenendo ben fermo il

membro sopra e sotto la frattura, e sollevando ambedue le ossa insieme in modo tale da tenere ambidue i frammenti superiori ed inferiori più che sia possibile allo stesso livello. In questo momento, un assistente porrà esattamente sotto alla gamba la stecca inferiore già apparecchiata e ricoperta d' un cuscinetto molle, e ponendovi sopra una fascia a diciotto capi. Allora si abbasserà dilicatamente il membro finchè venga a posare sull' apparecchio. Avanti di procedere più oltre, il chirurgo osserverà ancora una volta se le estremità della frattura si trovino esattamente a contatto. Assicuratosi di questo punto importante, egli applicherà una pezza d' empiastro di sapone ed adatterà i capi della fascia. Collocherà in seguito un altro molle cuscinetto bene imbottito di stoppa sulla superficie inferiore della gamba, e sopra di questo l' altra stecca, ed allaccerà la coreggia.

All' articolo *Lussazione*, si troverà il metodo di Pott di curare le fratture della fibula complicate colla lussazione della tibia, e la pratica di Dupuytren si potrà leggere nella stessa sezione.

Nella frattura obbliqua della testa della tibia estendentesi all' articolazione del ginocchio, il signor A. Cooper raccomanda la posizione retta, in cui il femore produce il buon effetto di tenere a livello le superficie articolari della tibia. Si farà uso di una fascia ordinaria per comprimere l' un frammento contro dell' altro; si potrà anche applicare per lo stesso oggetto una stecca di cartone; e si comincierà

di buon' ora a far fare qualche moto passivo all' articolazione onde prevenire l' anchilosi.

Quando la frattura è obbliqua, ma non arriva alla articolazione, lo stesso autore preferisce di collocare il membro sovra un doppio piano inclinato.

FRATTURE DELLA SCAPOLA

Come rimarca esattamente Boyer, le fratture delle scapole non sono comuni, circostanza che si spiega per essere la parte più grande di queste ossa situata assai profondamente e ben coperta, e per la loro grande mobilità; ond' è che queste fratture non possono provenire che da violenza considerabile diretta. Alcune parti della scapola sono assai più superficiali e di forma tale da ricevere l' impressione de' corpi esterni, e qnindi restano fratturate assai sovente; come, per esempio, l' acromio e l' angolo inferiore. Si fa pure menzione di fratture del processo coracoideo e del collo della scapola; e sebbene nello scheletro possa sembrare che queste parti possano essere fratturate facilmente, restano però salvate dalla loro situazione profonda negli individui viventi. E per verità, come dice Boyer, richiedesi generalmente una violenza assai grande per fratturarle, e in tal caso, la contusione delle parti molli è un' offesa più grave della stessa frattura: per tal modo questo autore ha veduto la frattura del processo coracoideo prodotta dal timone d' un carro, e il paziente ebbe

a morire per la violenza sofferta dalle parti molli intorno alla spalla.

Quando l'acromio è fratturato, il peso del braccio e la contrazione del muscolo deltoide lo tirano al basso, mentre il trapezio e l'elevatore della scapola tirano in su ed indietro l'altra parte dell'osso. Nella frattura dell'angolo inferiore, il serrato anteriore lo tira innanzi, mentre il resto della scapola rimane nella sua posizione naturale; ovvero, se la porzione angolare è considerabile, il terete maggiore, e alcune fibre del latissimo del dorso contribuiscono a spostarlo anteriormente e superiormente.

Nelle fratture del processo coracoideo, il pettorale minore, il coracobracchiale, e il breve capo del bicipite, si uniscono a tirarlo anteriormente e verso il basso.

Nelle fratture del collo della scapola, il peso del braccio lo fa scendere considerabilmente al basso, in modo da presentare le apparenze d'una lussazione; ma la facilità di rialzare l'osso dell'omero, il crepito e il ricadere del membro al momento che cessa il sostegno, sono circostanze che indicano chiaramente che non avvi lussazione. Talvolta il paziente sente grande crepito e gravi dolori nel muovere la spalla dopo un'offesa a questa parte; sebbene non siano fratturate nè le spine, nè il collo della scapola, nè tutte le altre parti. In questa circostanza, si può sospettare che sia fratturata od una piccola porzione della testa dell'omero, od una piccola parte della cavità glenoidea della scapola; e questo ultimo caso, a mio parere, non è poco comune.

Le fratture dell' acromio sono accompagnate da dolore, che cresce sotto al movimento del braccio; la forma della spalla è cangiata, e la parte spezzata, ch'è discesa al basso, si può rialzarla col rialzare il gomito presso al lato.

Quando sia fratturato l' angolo inferiore, la parte rimane immobile, movendosi tutto il resto della scapola; e l' angolo è separato in modo che non si può essere tratti in inganno.

Le fratture della spina e del corpo dell'osso sono tutte accompagnate da crepito; e, ne' primi casi, si può trovare irregolarità della parte offesa.

La prognosi delle fratture della scapola varia secondo la situazione dell' offesa e delle circostanze che l' accompagnano. Le fratture del corpo dell'osso, qualunque sia la loro situazione, generalmente sono assai semplici e di facile guarigione. Quelle dell'acromio e dell' angolo inferiore sono più difficili da tenersi in posto; ma i casi più gravi di queste fratture sono quelle del processo coracoideo e del collo della scapola perchè non possono essere tenute in posto se non con grandissima difficoltà, e dicesi che siano susseguite frequentemente da irrigidimento della articolazione, da inabilità di rialzare il braccio, da atrofia ed anche da paralisia del braccio. Per altri riguardi, il pericolo delle fratture della scapola dipende meno dalla soluzione di continuità, che non dalla contusione delle parti molli, o dall'offesa delle viscere del torace. Quando però la frattura è comminutiva, e le schegge si trovano cacciate dentro al

muscolo sottoscapolare, si formano degli ascessi sotto a quest' osso , che , secondo Boyer , richieggono la perforazione della scapola ; modo di procedere che io non posso indurmi a credere giudizioso , poichè , coll' eseguire un' apertura al basso nelle parti molli , si ottiene miglior effetto. Nella chirurgia militare si trova sovente che quest' osso è offeso da colpi di sciabola ; ma , come rimarca il dottor Hennen, questo osso , quando si possa tenerlo ben fermo , in questi casi si consolida con grande prontezza e senza inconvenienti consecutivi.

Secondo Boyer , quando la scapola è fratturata pel lungo o trasversalmente , altro non si richiede che di fissare il braccio presso al lato , con una fasciatura che includa il braccio ed il tronco dalla spalla al gomito. Per tal modo s' impediscono que' movimenti della spalla, i quali si associano soltanto con quelli del braccio.

Quando l'angolo inferiore è rotto e tirato al basso anteriormente dal serrato maggiore anteriore , debbesi spingere la scapola verso il frammento collo spingere lo stesso braccio verso la parte interna , al basso ed anteriormente , dove debbe tenersi fermo con una fascia. Si debbe pure tenere indietro il frammento più che torni possibile con delle compresse o con una fascia , e sostenere il braccio in una ciarpa.

Nelle fratture dell' acromio debbesi tenere il braccio rialzato in modo che la testa dell' omero abbia da spingere in su l'acromio, intanto che un assistente

spinge la scapola verso la parte anteriore ed inferiore in direzione contraria a quella del braccio. Si applicherà quindi una fasciatura circolare intorno al braccio ed al corpo per mantenere le parti in questa posizione.

Desault usava di applicare anche un cuscinetto sotto l' ascella, prima di fare la fasciatura, ad oggetto di tenere la testa dell' omero più alta nel portare il braccio vicino al lato. Debbonsi porre delle compresse sulla scapola, la quale, con questo mezzo e con quello di una fascia, verrà tenuta verso la parte inferiore ed anteriore.

Nella frattura del processo coracoideo, debbonsi rilassare i muscoli inseriti in esso, col portare il braccio anteriormente verso il petto e tenervelo fermo in una ciarpa, tenendo intanto abbassata anteriormente la spalla, e mantenendo con una fascia una compressa proprio sotto alla parte fratturata.

Il metodo di cura per la frattura del collo della scapola consiste nel rialzare la spalla alla sua giusta altezza, nell' annullare completamente il peso del braccio mediante l' uso d' una ciarpa, che debbe sostenere continuamente il membro dal gomito alle dita, e nell' impedire assolutamente qualunque moto del braccio, legandolo al tronco con una fascia.

FRATTURE DELLA CLAVICOLA

Essendo quest' osso, lungo e sottile, senza sostegno nella sua parte media, e non protetto all' esterno se non se dagl' integumenti, assai sovente esso viene fratturato. Essendo l' uso della clavicola quello di tenere la scapola ad una distanza conveniente dallo sterno, e servendo come un punto d' appoggio per l' omero, tutti gl' impulsi del quale essa riceve, siffatta disposizione è perciò la causa per cui le fratture della clavicola sono ancor più frequenti.

La clavicola pnò fratturarsi in tutte le sue parti; ma la sua parte media, dove la curvatura è maggiore, e il punto dove si frange più d' ordinario. Rade volte essa si spezza alla sua estremità scapolare. Un colpo diretto però che cada sulla spalla può fratturare qualunque parte della clavicola su cui esso agisce immediatamente. In questa specie dicesi che si trovino lacerate o contuse anche le parti molli.

Per tal modo, si può formare una frattura comminutiva; e, se la violenza è assai grande, possono restarne lacerati i vasi ed i nervi sottoascellari. Sovente la caduta d' un corpo pesante sulla spalla produce la paralisia del braccio.

Quando la forza che produce la frattura è applicata all' estremità dell' osso, come accade nella caduta sulla punta della spalla e sulle mani, tenendo le braccia distese, la clavicola può essere assai

piegata e fratturata tanto obbliquamente, che la parte spezzata protuberi fuori dalla pelle.

Le fratture di quest' osso sono d' ordinario accompagnate da spostamento delle estremità spezzate, ad eccezione di quando l' offesa si fa all' estremità scapolare, e dentro al ligamento che unisce insieme la clavicola ed il processo coracoideo.

La parte esterna della clavicola è quella che sempre resta spostata. La parte interna non può muoversi fuori dalla sua situazione naturale, a cagione dei ligamenti costo-clavicolari, e dall' essere tirata in direzioni opposte dallo sterno-cleido-mastoideo, e dal pettorale maggiore. La porzione esterna, tirata al basso dal peso del braccio e dall' azione del muscolo deltoide, e verso la parte anteriore ed inferiore dal pettorale maggiore, viene portata sotto la parte interna che protubera sopra di essa. Siccome la clavicola non tiene più la spalla alla debita distanza dallo sterno, così il braccio cade anteriormente verso il petto. Il paziente trovasi impossibilitato a portare la mano alla fronte, poichè quest' azione rende necessario un moto semicircolare dell' omero, che non può farsi mentre quest' osso non ha un punto d' appoggio assai fermo. Si può osservare che la spalla e l' estremità superiore sono più vicine al petto di quelle del lato opposto. Il moto dei frammenti dell' osso l' uno sopra l' altro si può distinguere assai bene, come anche la protuberanza dell' estremità della porzione interna. Movendo la spalla, si può sentire anche il crepito; ma con ciò si produce dolore

assai grave, e la diagnosi poi è già tanto evidente, che non è necessario di fare altri sperimenti.

Sì gli antichi, come parecchi dei moderni, supposero che, ad oggetto di ridurre la frattura della clavicola, si dovesse tirare indietro la spalla e mantenerla fissa in questa posizione. Si collocava il paziente sopra uno sgabello assai basso, in modo che un assistente potesse porre il ginocchio fra le spalle che tirava indietro contemporaneamente con ambedue le mani, mentre il chirurgo applicava la fasciatura che doveva tenere le parti in questa posizione. Ma quando si tirano indietro per tal modo le scapole l' una verso l' altra, è evidente che la scapola viene spinta verso lo sterno, e insieme con essa la porzione esterna della clavicola che passa sotto al frammento interno.

D' ordinario si è fatto uso della fasciatura ad 8 per mantenere le parti in questa posizione. Intanto che l' assistente tiene le spalle indietro, come sopra si è detto, il chirurgo applica uno dei capi della fascia all' ascella del lato afflitto, e quindi lo fa passare obbliquamente sulla spalla opposta, e di nuovo da questa all' altra spalla intorno alla quale debbe la fascia essere posta della stessa maniera, e replicata in seguito davanti e di dietro. La strettezza con cui è necessario d' applicare questa fascia produce uua grande escoriazione intorno all' ascella, e l' effetto che ne proviene quello si è di fare che le estremità della frattura si sorpassino l' una l' altra, ciò che

invece si dovrebbe schivare. Rimarca Boyer, che la croce di ferro proposta da Eistero, il corsaletto descritto da Brasdor nelle *Mém. de l'Acad. de Chir.*, e la coreggia raccomandata da Brunninghausen altro non sono che modificazioni della fasciatura ad otto, e nullamente migliori.

Desault consigliò di fare l'estensione col mezzo del membro articolato coll'osso fratturato; ciò che si eseguisce convertendo l'omero in una leva, col portare la sua estremità inferiore verso la parte anteriore interiore e superiore, e col porre un cuscinetto sotto all'ascella che serve di fulcro.

Desault usava di porre sotto l'ascella un cuscinetto di crine o di lana, lungo da cinque in sei pollici, e grosso tre pollici ed un quarto alla sua base. Agli angoli della base sono attaccati due nastri che s'incrocicchiano sul petto e sul dorso, e si legano sulla spalla opposta. Posto per tal modo il cuscino sotto l'ascella, e piegato il braccio dal gomito in giù, Desault usava di prendere il gomito del paziente e di portarlo avanti, verso la parte superiore ed interiore, e di comprimerlo a forza contro il petto. Con quest'operazione, l'omero porta la spalla all'esterno, le estremità della frattura si rendono opposte l'una contro l'altra, e si toglie ogni deformazione.

Un assistente debbe sostenere il braccio in questa posizione, mentre il chirurgo con una fascia ordinaria di nove braccia inglesi di lunghezza pone l'altro capo sotto l'ascella del lato opposto, e quindi fa la fasciatura sopra la parte superiore dell'omero, ed

a traverso del dorso nella stessa situazione. Il braccio ed il tronco debbono venir coperti con questi circoli di fascia insino al gomito, stringendo sempre più la fascia nel passare più al basso.

In seguito si applicano sull' osso fratturato delle compresse ammollate nello spirito di vino canforato. Desault usava quindi di applicare una seconda fascia lunga come la prima di cui poneva un capo sotto la ascella del lato opposto, e di là la faceva passare a traverso sul torace e sopra la compressa e la frattura, e quindi posteriormente alla spalla ed al braccio, e dopo d' averla fatta passare sotto al gomito la portava in alto sul petto. Di qui la stendeva a traverso alla spalla sana facendola passare sotto ed intorno ad essa per tener fermo il primo giro. La faceva quindi incrocicchiare sul dorso, la portava sopra le compresse, la abbassava dalla parte anteriore della spalla e del braccio sotto al gomito, ed obbliquamente indietro alla parte posteriore dell' ascella, dove aveva cominciato ad applicarla, e continuava la fasciatura in questo modo insino ch' eravi fascia da avvolgere; assicurando tutto questo apparecchio con degli spilli in tutti i punti dove potevano riuscire vantaggiosi, e sostenendo la mano del paziente in una ciarpa.

Boyer inventò un apparecchio per la frattura della clavicola che è assai più semplice di quello di Desault.

Il cuscinetto debbe applicarsi sotto al braccio. Lo apparecchio consiste in una cintola di tela che passa

intorno al tronco all' altezza del gomito: e viene fissata da tre correggie e da altrettante fibbie. A distanza uguale dalle sue estremità si trovano esternamente da ciascun lato due fibbie davanti e dne di dietro del braccio. Alla parte inferiore del braccio si pone un pezzo di tela trappuntata e larga da cinque in sei diti, cui si attaccano quattro correggie rispondenti alla fibbia sulla parte esterna della cintola, e che servono a mantenere il braccio presso al tronco, e ad impedirne il moto indietro ed avanti.

Certamente i metodi raccomandati da Desault e da Boyer sono assai giudiziosi e scientifici; essi però non sono molto adottati in altri paesi, e specialmente a cagione della contrarietà de' chirurgi inglesi per tutti gli apparecchi che non sono molto semplici. È però da sperarsi nello stesso tempo che nella cura della frattura della clavicola, eglino vorranno sempre fare attenzione ai principj inculcati da Desault e da Boyer. Se sapranno conoscere la ragione per cui la posizione del braccio debb' esser quella che viene indicata da questi pratici eccellenti, non troveranno difficoltà di fare quel che conviene, e con un cuscinetto, una ciarpa ed un pajo di fasce sapranno mantenere la frattura in una posizione conveniente.

Non si può lasciare questo punto senza avvertire i chirurgi di non cadere mai nell' errore di supporre che l' estremità prominente della clavicola fratturata sia quella che si trova spostata, laddove questa si trova nella sua giusta posizione; e sovente è accaduto,

mediante una compressione imprudente, di farla protuberare fuori degl' integumenti, come più volte si è osservato.

FRATTURE DELL' OMERO

Quest' osso può fratturarsi in tutti i punti della sua lunghezza : alla sua parte media, in ciascuna delle sue estremità, o sopra l' inserzione del pettorale maggiore, del latissimo del dorso e del terete maggiore. Quest' ultimo caso riceve il nome di frattura del collo dell' omero, denominazione che non ha il merito d' essere anatomica a tutto rigore. Egli è però possibile che si fratturi anche quello che a rigore di termine chiamasi collo dell'omero, e particolarmente pel colpo d' arma da fuoco. Per collo dell' omero s' intende quella parte stretta circolare che separa la tuberosità dalla testa dell' omero.

Le fratture di quest'osso possono essere trasversali od obblique, semplici o composte. Le fratture trasversali della sua parte media, sotto l' inserzione del muscolo deltoide, sono accompagnate da leggier spostamento ; perocchè essendo il bracchiale interno ed il tricipite attaccati posteriormente ed anteriormente ad ambidue i framnenti, essi si oppongono a vicenda e non permettono che un piccolo spostamento angolare. Quando la frattura si forma sopra l' inserzione del muscolo deltoide, la porzione inferiore da principio è tratta in fuori, e quindi in su dal lato esterno della porzione superiore. Le fratture dell'

omero presso alla sua estremità inferiore, e particolarmente le trasversali, non sono molto soggette a spostatura; circostanza da attribuirsi alla larghezza delle superficie fratturate, all'essere esse coperte posteriormente dal tricipite ed anteriormente dal bracchiale interno i quali non permettono che una piccola spostatura angolare, per essere tirata alquanto avanti la porzione inferiore.

Le fratture obblique sono sempre accompagnate da spostamento, qualunque sia la parte in cui si presentano. Essendo il frammento inferiore tirato in su dall'azione del deltoide, del bicipite, del coraco-bracchiale e della porzione lunga del tricipite, esso sdrucciola facilmente sul superiore e sorpassa l'estremità inferiore di quest'ultimo. Le fratture del collo dell'omero finalmente sono sempre accompagnate da spostamento, prodotto dall'azione del pettorale maggiore, del latissimo del dorso e del rotondo maggiore, che essendo attaccati alla porzione inferiore presso alla sua estremità superiore, la tirano prima indentro e quindi in alto, nella quale ultima direzione è sforzata potentemente dal bicipite, dal coraco-bracchiale e della porzione lunga del tricipite. In questo caso, la porzione superiore stessa si dirige alquanto all'esterno per l'azione dell'infraspinato, del sopraspinato e del terete minore, i quali fanno descrivere alla testa dell'omero un movimento di rotazione entro la cavità glenoidea.

L'accorciamento e il cambiamento nella direzione del membro, il crepito che si può sentire assai

chiaramente col muovere i frammenti in direzione opposta, il dolore e l' impossibilità di muovere il braccio, ec. insieme colla storia del caso, rendono la diagnosi abbastanza chiara.

Non è però cosa facile d' assicurarsi delle fratture del collo dell' omero; e, per mancanza di attenzione furono esse confuse assai sovente colle lussazioni di quest' osso. I sintomi diagnostici però di queste due malattie sono assai diversi.

Quando è fratturato il collo dell' omero, si osserva un abbassamento alla parte superiore ed al lato esteriore del braccio, assai diverso da quello che accompagna la lussazione di quest' osso, e verso la parte interiore. In quest' ultimo caso si trova un abbassamento profondo proprio sotto alla protuberanza dell' acromio, nella situazione naturale della testa dell' omero; laddove, nella frattura del collo di quest' osso la spalla conserva la sua forma naturale, l' acromio non protubera, e l' abbassamento si trova sotto alla punta della spalla. Oltracciò, nell' esaminare la ascella, invece di trovarvi un tumore rotondo formato dalla testa dell' omero, si potrà distinguere le estremità fratturate e disuguali di quest' osso. Il moto delle parti fratturate, e il crepito che si sente, servono ancor più a stabilire la diagnosi.

Nelle fratture semplici del corpo dell' omero, generalmente la prognosi è favorevole; ma le fratture presso al gomito sono soggette ad essere susseguite da irrigidimento più o meno grande dell' articolazione che sovente riesce assai difficile da guarire.

Nelle fratture ordinarie dell' omero si usa di applicare due pezze d' empiastro di sapone, le quali abbracciano il membro nella situazione della frattura. Qualora sia necessario di fare l' estensione del membro, la si farà eseguire da un assistente, il quale dovrà tirare al basso la porzione inferiore dell' osso, e piegare l' avambraccio, e il chirurgo avvolgerà la fascia intorno al membro. La stecca esterna debbe arrivare dall' acromio insino al condilo esterno, ed essendo essa ricoperta d' un molle cuscinetto, il legno non potrà offendere il membro colla sua compressione. La stecca interna debbe arrivare dai margini della ascella alquanto sotto al condilo interno, e debbe essere anch' essa ben riparata con un cuscinetto imbottito di stoppa o di qualche altra materia molle.

Alcuni chirurgi si contentano d' applicare due stecche; ma sebbene le due di cui si è parlato siano quelle di cui si debbe fare maggior conto, non ostante a ciò, siccome la forma cilindrica di questo membro ci permette, per così dire, d' incassarlo completamente, credo che sia meglio servirsi di quattro, l' una delle quali dal lato esterno, la seconda dall' interno, la terza anteriormente e la quarta posteriormente. Queste stecche debbono poi essere tenute ben ferme nelle loro situazioni coll' ajuto d' alcuni nastri.

Durante la cura, si dovrà pure sostenere il gomito ed il braccio dall' avambraccio alla mano in una ciarpa.

FRATTURA DELLA TESTA O DEL COLLO DELL' OMERO.

Qui, il linguaggio del chirurgo differisce da quello adottato dagli anatomici; e, sotto al nome di frattura del collo dell' omero, non s' intende quella della depressione circolare appena percettibile che separa la testa dell' omero dalle tuberosità. Con questa espressione, i chirurgi intendono la frattura di quella parte ristretta dell' omero che è limitata al di sopra da queste tuberosità e che inferiormente è continua col corpo dell' osso, e sotto a cui si trovano inseriti i tendini del pettorale maggiore, del latissimo del dorso e del terete maggiore, e che da molti pratici viene estesa in basso anche sino all' inserzione del deltoide.

Fatti superiori ad ogni eccezione mostrano però la possibilità delle fratture di quella parte che dai notomisti è nominata collo dell' omero, e C. Larbaud mostrò a Bichat l' omero di un giovine di 17 anni che aveva la testa staccata interamente dal suo corpo mediante una frattura che aveva interessato obbliquamente la parte superiore della sua tuberosità. Si è veduto un esempio di questo genere, la primavera del 1821, nello spedale di San Bartolommeo. Il paziente era un fanciullo in cui erasi sostenuto con forza il gomito sulla supposizione d'una frattura del collo della scapola, e per conseguenza l' estremità irregolare dell' omero formava una pro-

tuberanza assai notabile davanti all' acromio, capace ancora d' esser sospinta indietro dove però non si poteva fermare. Quando questo accidente è prodotto da un colpo diretto o da una caduta sulla parte carnosa della pelle, trovasi talvolta il deltoide contuso, o preso da ecchimosi. Si può anche stravasare del sangue da alcune delle vene articolari lacerate, e formarsene una raccolta, che Desault raccomandava di aprire prontamente, sebbene la ragione di questa pratica, come precetto generale, possa rivocarsi in quistione, giacchè gli stravasamenti abbondanti di sangue intorno alla spalla vengono riassorbiti assai presto.

La contro-frattura proviene da caduta sul gomito, quando questa parte si trova lontana dal tronco, ovvero da caduta sulla mano, che per istinto naturale si stende insieme con tutta l' estremità superiore per premunirsi contro la caduta.

Il complesso de' sintomi della frattura del collo dell' omero mostra abbastanza l' esistenza di questa; ma non è sempre facile di vedere questo complesso; e quindi occorrono più difficoltà nella diagnosi di questa che non in quella delle altre fratture dell' omero.

Al momento della caduta, l' ammalato sente un dolore acuto, e talvolta anche il crepito che l' osso fa nello spezzarsi. Havvi sempre incapacità improvvisa di muovere il membro, che, lasciato a sè stesso, resta immobile. Applicando però una forza esterna al membro, esso cede prontamente, e si lascia muovere con grandissima facilità in qualunque direzione.

Questo modo è accompagnato da dolore acuto, e prolungandolo di troppo, si possono produrre conseguenze cattive, come si osservò in alcuni pazienti ne' quali per errore si prese la frattura dell' omero per la lussazione di quest' osso.

Nella frattura, si osserva un abbassamento sotto l' acromio ch' è sempre più basso di quello che si trova nella lussazione. Se si ponga una mano sulla testa dell' osso, mentre si muove coll' altra mano la parte inferiore di esso in varie direzioni, o se, mentre si fa l' estensione, un assistente faccia eseguire all' osso un moto di rotazione, occorrono i seguenti fenomeni. 1.° La testa dell' osso resta immobile. 2.° Si sente un crepito più o meno distinto, prodotto dall' attrito delle due estremità dell' osso fratturato. Questi due sintomi sono caratteristici di questo caso; ma il gonfiamento dell' articolazione può impedire di scoprirli. Talvolta non havvi spostamento delle estremità de' frammenti, ed allora, per mancanza della maggior parte de' sintomi, la diagnosi riesce ancor più difficile. In generale però, le estremità della frattura sono spostate, e in questa circostanza, l' estremità spostata è l' inferiore e non già la superiore, la quale è di piccola estensione e non è influenzata dall' azione di molti muscoli.

Generalmente, lo spostamento non è molto sensibile riguardo alla sua lunghezza, quando la frattura non è molto obbliqua, e che le sue punte acute non irritano i muscoli e non li fanno contrarre con accrescimento di forza; o quando il colpo che ha agito

con violenza non ha continuato ad operare dopo infranto l' osso, e non ha spostate le estremità della frattura. In questo modo il corpo dell' osso viene tirato o spinto in su in modo da protuberare per mezzo al deltoide ed agl' integumenti assai più in su della testa dell' osso.

Comunemente però, come rimarca Petit, il peso del membro resiste potentemente all' azione de' muscoli, e lo spostamento de' frammenti si fa più facilmente di traverso. In questa circostanza, l' estremità inferiore della frattura viene spostata o verso la parte esterna, o verso l' interna, e di rado secondo altre direzioni. Nel caso più frequente, il gomito viene allontanato dal tronco e non si può ravvicinarlo senza dolore; e quando la spostatura è verso la parte esterna, il membro prende la direzione contraria.

La frattura del collo dell' omero non è un accidente pericoloso, e se, come rimarca Eistero, *prope caput*, *fractura pejor*, *et difficilius curatur*, ciò accade non tanto per riguardo alla natura e situazione della malattia, quanto per la difficoltà di mantenere i frammenti a contatto.

D' ordinario non si hanno che poche difficoltà per eseguire la riduzione, e la moltiplicità de' mezzi anticamente usati a questo proposito ad altro non serve che a mostrare la loro inutilità.

Parecchie delle macchine inventate per ridurre le lussazioni dell' omero furono applicate a questo genere di frattura. A queste macchine venne in seguito

l' uso delle puleggie , de' pesi attaccati al corpo , ec. metodi inutili , come quelli che ad altro non tendevano che ad aumentare la forza naturale che è sempre più che sufficiente.

Petit propose di fare la riduzione della frattura col cominciare dal porre il braccio ad angolo retto col corpo , e col fare quindi l' estensione colle mani d' un assistente applicate sopra il gomito , mentre un altro assistente fa la contro-estensione col tenere ferma la parte carnosa della spalla. Questo metodo va soggetto a tre inconvenienti , come quello che stanca ed addolora il paziente , che diminuisce le forze estendenti , portandole vicine al punto mobile , e che irrita que' muscoli che vengono dalla parte superiore all' estremità inferiore della frattura , e per tal modo accresce la loro disposizione a contraersi. E di qui provengono le difficoltà che s' incontrano talvolta nel fare la riduzione , la quale è sempre semplice quando il tronco è ben fermo , e che si fa l' estensione tenendo piegato l' avambraccio. Desault eseguiva la riduzione col metodo seguente.

Il paziente può essere seduto o sopra una seggiola o sulla sponda del letto. Si debbe allontanare alquanto il braccio dal tronco e portarlo alquanto avanti.

Un assistente tiene fermo il tronco tirando a sè il braccio opposto. Questo modo d'eseguire l' estensione è preferibile all' ordinario che si fa applicando le mani alla parte superiore della spalla afflitta. Essendo l' altro braccio più distante dalla resistenza , non è

bisogno di servirsi di grandi sforzi ; ed essendo interamente nudo il corpo del paziente , il chirurgo può fare la fasciatura senza disturbare l' estensione.

Un secondo assistente estende il braccio mezzo piegato , di cui si serve come d' una leva , ponendo una mano dietro al carpo per avere un punto d' appoggio. La potenza poi viene rappresentata dall' altra mano applicata alla parte anteriore e media dell' avambraccio , e facendo compressione sopra di esso dall' alto al basso. Le estremità della frattura , che debbono porsi a contatto , sono la resistenza.

Il rilassamento de' muscoli , prodotto dalla semiflessione del braccio e la posizione dell' omero alquanto rialzato lateralmente , sono assai favorevoli a questo modo di estensione raccomandato dagli antichi e dagl' Inglesi. Con questo metodo si ha anche il vantaggio di lasciare scoperta la parte del membro cui debbe applicarsi l' apparecchio.

La riduzione si fa da sè stessa , servendosi d' una forza leggiera , diretta metodicamente , a tenore che la frattura è spostata verso la parte interna o la esterna. Se il chirurgo pone la sua mano sulla frattura , ciò è piuttosto per esaminare lo stato delle estremità de' frammenti che non per fare , ciò che ben di rado può occorrere , quel che si intende sotto al nome di coattazione.

Non essendo tutti gli apparecchi per la cura delle fratture che resistenze artificiali contro alle potenze che producono lo spostamento della parte fratturata , ne siegue ch' essi debbono operare in senso inverso

di queste potenze. Si è già veduto che queste consistono : 1.° nell' azione de' corpi esterni avvalorata dalla somma mobilità dell' omero e della spalla : 2.° nell' azione del latissimo del dorso , del pettorale maggiore e del terete maggiore, che tirano in dentro l' estremità inferiore della frattura , o , ciò che è più comune , del deltoide che lo caccia infuori ; 3.° nelle contrazioni de' muscoli del braccio i quali tendono a tirare alquanto in su l' estremità della frattura.

E di qui si ha che le tre indicazioni delle fasciature per la frattura del collo dell' omero sono : 1.° di rendere immobili il braccio e la spalla ; 2.° di portare od indentro od infuori l' estremità inferiore della frattura ; 3.° di tirare in giù la stessa parte. Quest' ultimo oggetto merita minore attenzione degli altri due , poichè il peso del braccio basta quasi da solo a quest' oggetto. Desault usava di servirsi dell' apparecchio seguente per la cura delle fratture del collo dell' omero.

1.° Due fasce , l' una delle quali di circa cinque in sei braccia , e l' altra di otto in dieci , e larghe da circa tre pollici. 2.° Tre stecche forti di varie lunghezze , e larghe da due in tre pollici. 3.° Un cuscinetto largo da tre in quattro pollici che termina in una punta stretta e lungo abbastanza, per arrivare dall' ascella al gomito. 4.° Una ciarpa da sostenere il braccio. 5.° Una salvietta per coprire tutto l' apparecchio.

La riduzione debbe farsi nella maniera che si è

spiegata, e gli assistenti debbono continuare l'estensione. Allora il chirurgo debbe pigliare la prima fascia, bagnata nell' acetato di piombo allungato, e fissare uno de' suoi capi facendo due giri circolari sulla parte inferiore del braccio. Si ravvolgerà quindi la fascia moderatamente stretta intorno al braccio allo insù, facendo che ciascun giro sorpassi di due terzi quello che si trova sotto immediatamente. Quando la fascia è arrivata alla parte superiore del membro, la si debbe rivoltare indietro per alcune volte ad oggetto d' impedirne le pieghe che potrebbero essere prodotte dalla disuguaglianza della parte. In seguito si fa passare la fasciatura da due volte sotto l'ascella opposta, e il rimanente della fascia, ravvolto in sè, debbe portarsi alla sommità della spalla, ed affidarsi alla cura d' un assistente.

La prima stecca debb' essere posta anteriormente, e debbe arrivare dalla piegatura del braccio insino all' acromio; la seconda va posta dal lato esterno, e debbe arrivare dal condilo esterno insino alla stessa altezza. La terza va posta dalla parte posteriore, dall' olecrano al margine dell' ascella. Il cuscinetto posto fra il braccio ed il torace serve come una quarta stecca, la quale diventa inutile. Uno degli assistenti applica queste parti dell' apparecchio e le tiene ferme, applicando le mani presso alla piegatura del braccio per non impedire l' applicazione del resto della fasciatura.

Il chirurgo piglia di nuovo la fascia, e l' applica sopra le stecche moderatamentc stretta, e termina la fasciatura dove la ha cominciata.

È impossibile lo sciogliere i proposti quesiti: e' conviene attenerci ai fatti.

Egli è certo che l' animale economia sotto certe circostanze, in certe sue condizioni, unisce in certo modo ed ordine i suoi principii costituenti, per cui si genera un agente che in seguito si comunica, e si moltiplica. Ma quali sieno quelle circostanze, quali quelle condizioni, noi perfettamente l' ignoriamo.

Ma diremo che quelle circostanze esistettero nelle regioni in cui si sviluppò da prima la sifilide: che non esistono presso gli Europei.

Anzi neppure è provato che al presente la sifilide possa essere spontanea nell' America: e, se pur vogliasi nella Persia e nell' Indostan.

Il virus sifilitico può venire assorbito da qualsiasi parte del corpo.

Si è creduto che il virus sifilitico possa venire assorbito senza indurre alcuna soluzione di continuità ne' comuni integumenti, e intanto produrre nell' interno i suoi effetti.

Questo è contraddetto dalla maggior parte degli autori.

Si è pure creduto che il contagio celtico possa soggiornare lungamente nel corpo senza dar segni di sua presenza: questo intervallo si è protratto a più anni.

Che il virus venereo possa per qualche tempo rimanere alla superficie del corpo senza apportare molestia, e poi dar segni della sua presenza, è provato: ma questo tempo sarà sempre molto limitato.

Per lo più in que' casi, in cui si accusa una antica cagione, si vuole cuoprire un recente vizio col riferirlo alla fervida età.

Si è fatta questione se la sifilide si possa propagare da' genitori a' figliuoli.

Una tale ricerca è avviluppata dalla più folta caligine.

L'opera della generazione è affatto misteriosa. Tuttavia noi abbiamo forti argomenti per credere che l'umore prolifico non è solamente uno stimolo fecondante, ma somministra materiali a formare l'embrione.

Infatti i figliuoli hanno per lo più molta rassomiglianza coi padri.

Nè si opponga che questo può dipendere dall'influsso della materna immaginazione.

Leggonsi esempli di famiglie in cui tutti i figliuoli nascevano sempre con otto vertebre cervicali: ora questa condizione non si sapeva dalle madri.

Posto adunque che l'umore prolifico contribuisca materiali alla composizione dell'embrione, si potrebbe credere che ove fosse contaminato dal contagio celtico, possa passare nel frutto.

Il virus sifilitico non è mica racchiuso in particolari pustole, come il vajuoloso, ma senza dubbio sparso per tutto il corpo.

Questo è quanto parrebbe doverci suggerire il semplice raziocinio.

Ma noi dobbiamo stare all'osservazione.

Seguendo questa, noi riflettiamo che vi sono molti

casi in cui, essendo e padre e madre affetti da sifilide, i figliuoli nacquero sanissimi.

È vero che noi abbiamo casi contrarii: ma in questi noi dobbiamo credere che vi fosse qualche località nella vagina, e che il bambino nel venire alla luce abbia contratto il contagio.

Abbiamo detto di sopra che il contagio sifilitico si contrae per qualsiasi parte del corpo: conviene qui fare alcune riflessioni.

Il sangue materno suppongasi contaminato dal contagio sifilitico: non ne verrebbe per conseguenza che il feto debba contrarre la malattia. Egli è provato che il feto non riceve il sangue immediate della madre. Vi sono due parti della placenta affatto distinte: le injezioni fatte nella parte uterina non passano nella fetale: e quelle che vengon fatte nella parte fetale non passano nell' uterina. Dunque potrebbe addivenire che il sangue materno fosse celtico, e il feto non contrasse il contagio.

Quantunque il virus sifilitico esista in tutto il corpo, tuttavia non si comunica che quando avvi soluzione di continuità, o locale affezione nel sifilitico.

Si è scritto che la sifilide fu contratta col semplice baciarsi e coll' usare del bicchiere, a cui un sifilitico aveva bevuto: ma qui avvi dell' esagerato.

Non voglio niegare che forse un tempo si sia potuto contrarre la lue in tal modo: ma ora che si è di molto mansuefatto il contagio, non veggiam più una simile comunicazione. Ora noi osserviamo come si richiede che vi sia un' affezione locale. La

sifilide cioè può essere accompagnata da località ; ivi sembra confluire il virus, il quale venendo a contatto d' un corpo sano comunicherà la malattia.

Non è necessario che quegli, il quale tocca il sifilitico, abbia soluzione di continuità nella parte che viene a contatto col virus. Nel comunicarsi la malattia non avvi ulcere, od altra soluzione di continuità nella ghianda, o nell' uretra. I bambini contraggono la lue dalle nutrici infette quando appressan le loro labbra alle ulceri veneree che attorniano il capezzolo.

Non oserei stabilire che una nutrice sifilitica senza località possa comunicare la malattia mediante il semplice allattamento.

Narransi simili fatti : tuttavia un' attenta osservazione provò almeno che nel più dei casi eranvi ulceri.

L' affezione sifilitica ne' primi tempi in cui comparve in Europa era molto più terribile che non è al presente. Questo fu pure scritto degli altri contagi in generale. Sembra adunque potersi stabilire che i contagi col propagarsi per la successione delle generazioni vanno sempre diminuendo di loro veemenza.

Onde mai dipende questa mansuefazione ? Non si potrebbe dare un' adeguata risposta. Mutasi forse la proporzione dei principii costituenti ? Nulla il prova. L' effetto è dimostrato : e fermiamoci a quel punto.

Si potrebbe sperare che col tempo i contagi perdano affatto la loro azione nociva, ed almeno la fa-

coltà loro di comunicarsi ? Sinqui non si vide un tal effetto. Il vajuolo si comunica a' tempi nostri come nei trascorsi. Così vedesi negli altri contagii.

Si è scritto a' giorni nostri che il vaccino col tempo perde la sua virtù antivajuolica : ma non abbiamo sinqui certi argomenti che vengano a stanziare una siffatta opinione.

Dopo aver date queste nozioni generali sull' istoria della sifilide , noi passeremo a trattare particolarmente delle varie affezioni che possono venir prodotte dal contagio venereo.

Blennorragia.

Swediaur diede il nome di blennorragia allo scolo del muco dall' uretra.

Questa malattia fu detta gonorrea: lo che vorrebbe dire flusso di seme.

Una tale denominazione era inesattissima; l'umore, che cola , non è già seme , ma bensì muco.

Swediaur adottò il termine di blennorragia ad esprimere il colamento del muco.

Anzi aggiunse il termine di blennorrea.

Quando il flusso mucoso è attivo, di recente data, l' appella blennorragia.

Quando è passiva e cronica, il chiama blennorrea.

Forse questa distinzione non è necessaria : anzi sembra riuscire dannosa in quanto ci conduce ad errare.

La natura della malattia non viene punto cangiata

dalla semplice diuturnità. Dopo che Tommasini scrisse sì elegantemente sulla flogosi, i più assennati patologi consentono che essa è sempre iperstenica.

Il nostro Fenoglio in una sua dissertazione mutò il termine di blennorragia in quella di blennapioderragia: lo che esprime flusso di muco e di pus.

Noi crediamo che la flogosi della mucosa dell'uretra possa causare uno scolo più abbondante di muco, senza che siavi suppurazione. Dunque almeno da principio, e nel più dei casi avvi blennorragia e non blennapioderragia.

Il termine di blennapioderragia vorrebbe impertanto esser riserbato a quei casi, in cui non solo avvi aumentata secrezione di muco, ma anche pus.

Ma forse in tal caso, almeno talfiata, vi sarebbe solo flusso di pus: vi sarebbe perciò sola piorragia uretrale.

Noi adotteremo il termine di Swediaur: appelleremo la flogosi della mucosa dell'uretra blennorragia.

Non crediamo esatto questo nome. Blennorragia è scolo di muco; ma non esprime da qual parte proceda. Forse si potrebbe appellare blennorragia uretrale. Ma non siamo troppo schizzinosi: seguitiamo l'uso: ora l'uso stanziò la denominazione di Swediaur.

Noi non abbiamo voluto ammettere la distinzione fra blennorragia e blennorrea, perchè l'essere acuta o cronica una flogosi non induce differenza di natura.

Ma è dalla massima importanza distinguere la blennorragia secondo la causa che la produce.

Quando la blennorragia è causata da virulenza, si appellerà virulenta.

Allorquando è solo prodotta da potenze atte ad aumentar l' eccitamento, ma senza contagio o virulenza, si dirà blennorragia semplice.

La blennorragia virulenta si manifesta dal terzo al sesto giorno dopo un impuro congresso. Tali sono i suoi sintomi. Titillamento e brulichio nell' uretra, sotto al freno: questo dolore dura uno o due giorni: ne' giorni seguenti l' orificio dell' uretra rosseggia, e diviene molto sensitivo: sorge un' enfiagione, uno scolo di una materia limpida, o di un giallo chiaro. Durante lo scolo il titillamento è più doloroso, specialmente nel rendere l' orina. Questi sintomi aumentano per due o tre giorni. La ghianda prende un color livido; lo scolo si fa più abbondante: la materia si porge più densa, e d' un color giallo verdastro; si aumenta l' enfiagione della ghianda: frequente è lo stimolo dell' orinare: erezioni frequenti e moleste, specialmente nel decubito supino.

In molti casi l' infiammazione si diffonde sino alla sostanza reticolare del corpo cavernoso uretrale: il freno è attratto in giro, mentre avvi continua erezione. Sovente i vasi dell' uretra si rompono e danno gran copia di sangue. Il prepuzio sovente è infiammato nè può esser rivolto, onde si discuopra la ghianda, ovvero dopo essere stata rivolta in su, non può più rimettersi al proprio sito.

In alcuni casi le ghiandole inguinali si gonfiano, e si eccita febbre. Gonfiansi pure le glandule linfatiche alla superficie del pene. La flogosi, qualora la malattia non venga prontamente curata, e tanto

più se sia mal curata, si estende al cordone spermatico, ai testicoli, alla prostata, ed alle altre vicine parti.

Non è rado che siavi forte infiammazione all' uretra, senza aumento di secrezione, anzi con siccità del canale. In tal caso la blennorragia dicesi secca.

Dopo una, due, tre settimane, talvolta anche dopo sei o sette cessano i dolori, le erezioni, il frequente stimolo d' orinare: la materia si fa più consistente, più viscosa: infine lo scolo scompare interamente. Talvolta lo scolo dura per settimane e mesi, ma non vi sono più sintomi d' infiammazione.

La flogosi può indurre suppurazione od esulcerazione. Allora venne detta blennorragia complicata, ulcerosa, purulenta.

Noi non adottiamo il nome di blennorragia complicata in siffatta congiuntura. Non avvi complicazione: ma solo passaggio della flogosi al processo suppurativo.

Intanto facciamo differenza tra suppurazione ed esulcerazione. Nel primo caso la blennorragia verrà per noi denominata purulenta: nel secondo ulcerosa.

In altri casi la flogosi dell' uretra degenera in una callosità, quasi scirrosa.

La blennorragia, come abbiamo veduto, può essere semplice e virulenta.

Ora qui noi aggiungeremo che la blennorragia virulenta fu creduto poter essere di varia indole.

Si mosse questione se il contagio sifilitico produca la blennorragia virulenta, oppure questa proceda da un contagio di suo genere.

Fu ed è opinione dei più che il virus blennorroico non ha nulla che fare col sifilitico.

E' si appoggiano ai seguenti argomenti.

Vi sono blennorragie ove non può nascer dubbio di sifilide.

Il virus sifilitico innestato dà sempre i cancri, e non mai la blennorragia.

Il virus blennorroico innestato dà sempre blennorragia, e non mai i cancri, nè altro sintoma di lue venerea.

Swediaur tiene contraria sentenza. Egli pretende che la blennorragia possa essere veramente sifilitica, od in altri termini che il contagio venereo possa comunicare la blennorragia: e che questa blennorragia possa comunicare la sifilide.

Non niega che nel più de' casi alla blennorragia non succeda la sifilide: ma in tali casi ei pensa che il muco separato in maggior copia, ed anco le injezioni possano trasportar via il contagio: tal che non risulti ulcere di sorta.

Lo stesso Swediaur riferisce alcuni esempli di blennorragia che comunicarono i cancri.

Aggiunge che se la blennorragia virulenta non venga prontamente curata, se le parti non tengansi monde, succede più o men presto la sifilide.

Per corroborare la sua opinione ricorre all' autorità di Harrison che fece le stesse osservazioni.

È vero che si potrebbe sospettare che in que' casi, in cui si ebbero ad un tempo blennorragia e cancri, vi fu pure assorbimento di due diversi contagii.

Questa obbiezione non se la dissimula Swediaur; ma dice che non vi sono ancor fatti tali da pruovarlo.

Si è creduto che il mercurio guarisce la sifilide e nuoce nella blennorragia virulenta. Ciò posto si avrebbe un forte argomento per conchiudere che vi sono due diverse virulenze.

Ma anche qui non cede Swediaur. E' vuole che in certi casi sia necessario il mercurio.

Suppongansi più casi, dice Swediaur.

1.° Siavi blennorragia virulenta, in cui non si abbia che località.

2.° Siavi una blennorragia in cui siasi già diffuso il contagio.

Nel primo caso il mercurio non è necessario: può esser nocivo: perchè non avvi ancora sifilide: e quando diciamo sifilide intendiamo affezione universale.

Nel secondo caso il mercurio è necessario.

Che diremo noi in tanta discrepanza di opinioni?

1.° Le osservazioni e gli sperimenti d'innesti hanno dimostrato a moltissimi pratici, che i cancri danno cancri e non blennorragia, che la blennorragia dà blennorragia e non cancri. Dunque abbiamo già un forte motivo per ammettere due differenti contagii.

2.° Ne' casi, in cui le due malattie insieme esistevano, noi dobbiamo credere che vi fu ad un tempo assorbimento de' due contagii.

3.° Swediaur non può veramente spiegare, secondo la sua opinione, come in molti casi vi sia blennorragia senza cancri, e come cancri senza blennorragia.

4.° Si ammetta pure che possa darsi località perchè non si è ancora diffuso il virus : ma intanto vi sarebbero sempre gli stessi effetti locali. Vi sarebbero cancri , e scolo senza sifilide.

5.° Swediaur non potrebbe spiegare come mai il mercurio noccia nella blennorragia virulenta. Concedasi che non converrebbe una cura universale : ma i mercuriali applicati alla parte tornerebbero vantaggiosi.

A maggiore schiarimento riferiamo più casi.

1.° Sianvi cancri primitivi , non sifilide : cioè il virus sifilitico non siasi ancor diffuso.

2.° Sianvi cancri secondarii.

3.° Siavi sifilide , o con cancri secondarii, o senza di essi.

Nel primo caso una cura memoriale universale è inopportuna : essa debb' esser locale.

Nel secondo caso ricercasi una cura universale. La locale sarebbe non nociva , ma insufficiente.

Nel terzo caso vuolsi cura universale : i rimedii locali sarebbero utili , ma non sufficienti.

Dunque il mercurio nella blennorragia virulenta dovrebbe sempre essere utile quando venisse applicato localmente.

Ammettendo con Swediaur che la blennorragia virulenta sia un' affezione locale , ma d' indole venerea : sarebbero nello stesso caso i cancri primitivi e la blennorragia. Ma la bisogna non è così.

Andiamo più in là. Se la blennorragia virulenta fosse d' indole venerea , dovrebbe venirne in conseguenza che vi sarebbero blennorragie secondarie , come lo è

dei cancri. Ma non vi ha osservazione che venga in appoggio di siffatta sentenza.

Noi dunque stabiliremo che il virus sifilitico non è cagione della blennorragia virulenta.

E qui occorre un' altra questione. Posto che la blennorragia virulenta sia distinta dalle affezioni di natura venerea, dipende essa da un contagio? oppure non è che l'effetto d' un muco divenuto irritante.

Io propenderei alla seconda opinione: al che mi adducono le seguenti ragioni.

1.° Non abbiamo pruove ch' esista un contagio blennorroico. Tutti i fenomeni si possono spiegare senza ammetterlo: e perchè dunque ammetterlo?

2.° La blennorragia si comunica: verissimo: ma questo carattere non basta perchè si derivi da un contagio. Un muco acre ed irritante debbe produrre flogosi.

Del resto confesso che questo punto non si può sciogliere con tali argomenti, che non lascin luogo a difficoltà.

Noi ci troviamo nello stesso imbarazzo relativamente ad altre malattie, come in via d' esempio all' erpete.

Limitandoci a quanto può essere dimostrato, noi diremo che la blennorragia virulenta è prodotta da una materia che costantemente eccita flogosi: che questa flogosi può venire eccitata da una materia irritante, senza che sia contagio: che la materia, che produce la blennorragia virulenta, debbesi almeno considerare come capace a destare una flogosi in cui il muco si separi alterato ed irritante.

Noi possiamo aggiungere alcuni argomenti, i quali tuttavia esigono annotazioni.

Vi sono casi non affatto infrequenti, in cui una donna comunicò a molti la blennorragia virulenta, e a certi altri no: e questo senza intervallo di tempo.

Quindi si potrebbe argomentare che non vi ha contagio: perchè i contagii agiscono indistintamente su tutti.

Si potrebbe riflettere che i contagii non agiscono su coloro che ne hanno già sofferta l'azione.

Al che si risponde. Questa non è legge generale. Il contagio sifilitico agisce più e più volte sul medesimo individuo. Del resto togliamo questa circostanza: supponiamo che la blennorragia sia già stata altre volte contratta.

Noi dunque diremo solo che il contagio blennorroico non è dimostrato come è il sifilitico.

L'esito della blennorragia è vario.

Il prognostico è favorevole quando tutti i sintomi non sono veementi e diuturni.

Quando lo scolo incomincia a diminuire e il muco divien più denso e più bianco, è segno che la malattia s'avvia al suo termine.

Si è detto che quando il colore della materia si cangia dal colore di zolfo in bianco è indizio non esistervi più virulenza. Questo non è stato confermato sulla sperienza; anzi si sono veduti moltissimi casi affatto contrarii.

Segni infausti sono: estensione della flogosi, a lungo tratto dell'uretra: tumore ai testicoli: affezione alla prostata, od anco alla stessa vescica.

Non si può determinare quando lo scolo cessi di esser comunicabile ; epperciò sinchè quella dura , conviene astenersi da ogni commercio.

Le indicazioni sono quattro.

1.° Cangiare, e se è possibile distruggere il virus.

2.° Trar via la materia acre.

3.° Tutelare le parti dell' azione di detta materia acre.

4.° Moderare l' irritazione e la flogosi.

Non abbiamo rimedio atto a distruggere il virus , il quale come fu detto non è neppur provato.

Swediaur fisso in quell' idea che siavi blennorragia sifilitica , commenda i mercuriali. Ma noi abbiamo dimostrato come più conforme all' osservazione sia la sentenza di quelli, i quali ammettendo anche il contagio , distinguono il blennorroico dal sifilitico.

Sarebbe pur bene che si moltiplicassero le osservazioni , onde comporre infine cotanta controversia.

La seconda indicazione viene adempiuta dalla stessa natura. Il semplice scolo conferisce a portar via la virulenza. L' uso delle bevande diluenti , e le injezioni di ammollienti potranno ajutar la natura.

Si soddisfa alla terza indicazione co' rimedi mucilaginosi ed oliosi injettati blandamente nell' uretra.

È convien pure diminuire l' acrimonia dell' orina. Lo che si otterrà coll' astenersi da quanto è riscaldante ; e coll' uso di bevande mucilaginose.

I rimedii che abbiamo proposti per adempiere alla terza indicazione convengono pure pel quarto oggetto.

Ma intanto vi sono altri mezzi opportuni a mode rare l' infiammazione.

La dieta sia leggera : anzi vegetale che animale, dormasi in letto duro, poco coperto : facciasi uso frequente di bevande rinfrescanti, mucilaginose: sciolgasi gomma arabica nell'acqua, e nelle emulsioni dei semi così detti freddi , e se ne beva assai spesso.

Per impedire ogni irritazione si faccia uso di un legamento sospensorio , il pene si metta in una specie di ditale o sacco onde difenderlo dalle vicissitudini atmosferiche e dal fregamento. Questo sacco contenga filacciche inumidite con qualche liquido ammolliente ; e le filacciche mutinsi sovente : mutisi pure il ditale quando sarà sporco per lo scolo : per non essere obbligati a trar via il ditale per rendere le orine , sia coperto alla sua estremità. Perchè lo scolo si faccia più facilmente, il pene inclini al basso. Ad oggetto d' impedire la fimosi e la parafimosi s' introduca tra il prepuzio e la ghianda alcun poco di qualche unguento : lo che è specialmente necessario in quelli che hanno il prepuzio stretto.

Ove la flogosi fosse veemente senza gran febbre, si applicherà una sanguisuga al pene od al perineo. In caso che manchino all' istante le sanguette, e siavi urgenza , si potrà scarificare la parte.

Se vi sia febbre risentita, è necessario ricorrere alla cacciata di sangue ; la quale si potrà all' uopo replicare.

Giovano pure mirabilmente i cristei ammollienti : i quali debbonsi essere frequenti : due, tre, ed anco

più fra il giorno. Nella blennorragia è stata molto commendata la canfora.

Essa può essere amministrata con nitrato di potassa o sola.

Nel secondo caso si prende con zucchero, o con mucilagine.

Alcuni impiegarono pure la canfora esternamente.

Qui veramente noi troviamo qualche difficoltà.

Non vi ha dubbio che la canfora sia un potentissimo eccitante. Come dunque può essere utile in una malattia infiammatoria?

Quando la canfora si prescrive col nitrato di potassa, si potrebbe dire che il sale elide la forza stimolante della canfora: ma in tal supposizione converrebbe desistere dall'uso di unire insieme una sostanza debilitante ed una eccitante.

Ma quando la canfora si amministra sola non possiamo più dubitare che la sua virtù eccitante venga affievolita.

Vi fu chi ardì asserire che una medesima potenza può agire su una parte eccitando, o su un'altra deprimendo. Secondo questa ipotesi si potrebbe dire che la canfora esercita la sua azione deprimente solo sulla membrana mucosa dell'uretra.

Ma quella supposizione è troppo contraria al buon senso.

Si può ammettere, ed è confermato dall'osservazione che quella potenza, la quale opera dinamicamente vale a dire od eccitando o debilitando su una parte, può irritare le altre. Ma non è credibile che una stessa potenza eserciti due azioni dinamiche.

Forse si potrebbe dire che i primi, che amministrarono la canfora nella blennorragia, la credevano deprimente: infatti l' univano al nitrato di potassa.

Forse sarebbe più prudente astenersi dalla canfora, e far uso di sostanze di azione debilitante conosciuta.

Alcuni Inglesi servonsi delle injezioni di una soluzione di ossido di zinco nell' acido acetico: venti gocce di questa dissoluzione si mescolano con quattro once di acqua distillata.

L' acido acetico essendo debilitante debbe al certo essere utile: ma se molto si debba attribuire all' ossido di zinco, non l' oserei dire.

Noi veggiamo come l'ossido di zinco sia utile verso il finire delle infiammazioni degli organi secretorii: allora si vede diminuire lo scolo: ma questo effetto debbesi attribuire all' azione debilitante, ovvero alla astringente?

Ammettendo con Tommasini, che la flogosi non cangia natura per diuturnità, non diremo mai che quando l' infiammazione è di lunga durata possa addomandare gli eccitanti. Dunque non possiamo mettere in dubbio se l' ossido di zinco sia utile nella blennorragia cronica per la sua azione eccitante.

Hamilton Alessandro prescrive ad injezione l'estratto d' oppio acquoso con acetato di piombo.

Noi non possiamo ammettere quell' associazione di rimedii di opposta virtù: quindi attenendoci all' acetato di piombo, ci guardiamo dall' uso dell' oppio.

Non è rado che per la violenza del priapismo

succeda emorragia. Non conviene per questo sbigottirsi: esso cessa di per se, anzi solleva l' infermo. Ove poi durasse, si ricorra alle injezioni astringenti, ed all' olio di trementina.

Se lo scolo venga di subito ad arrestarsi, si ricorra ai bagni caldetti universali, alle fomentazioni locali, ai cataplasmi ammollienti, ai cristei ammollienti.

Sovente è necessario applicar sanguette al perineo, od al pene: talfiata anche ricorrere al salasso.

Lo stato della parte, la presenza della febbre ci indicherà quando convengano le evacuazioni sanguigne.

Swediaur fisso nell' idea che la blennorragia possa esser prodotta dal virus venereo ammette che alla blennorragia possono associarsi buboni sifilitici.

Noi diremo che i buboni sono semplicemente una propagazione della flogosi, o dipendono da una peculiare virulenza assorbita: distinta però dalla sifilitica: sarebbe essa blennorroica.

Una regola generale a tutte le blennorragie si è di toccare il meno che è possibile le parti, e dopo averle toccate, lavarle immediatamente.

Lavinsi tosto dopo le mani, onde portando per inavvertenza la mano agli occhi od alle narici non si innesti il virus in quelle parti.

Io conosco un giovane il quale per aver trascurato questa cautela sofferse gravissima oftalmia per cui rimase cieco per più mesi, e poi dovette perdere affatto l' uso d' un occhio, ed ha la vista oscurissima dall' altro.

Vuolsi notare un triste e reo pregiudizio che ha luogo

presso molti giovani attaccati di blennorragia ; sperano essi potersene liberare , coricandosi con una persona sana.

Le conseguenze di questa brutalità sono terribili per l' uno , e per l' altro. La femmina trovasi infetta : rapporto all' uomo ne risulta l' aumento di tutti i sintomi d' irritamento nell' uretra : spessissimo una violente emorragia , un' ulcera nell' uretra , la propagazione dell' infiammazione della membrana dell' uretra sino alla prostata , o al collo della vescica.

I medici dell' Indostan servonsi d' una pianta detta muchucunda. Prendono un sol fiore di questa pianta recente , e lo lasciano infondere per una notte in una ciottola d' acqua : al mattino del domane si ha una mucilagine.

Sinora questo rimedio non si è introdotto in Europa.

Allora neppure potremmo aspettarci gli stessi vantaggi: perchè forse la pianta disseccandosi perderebbe di sua virtù.

Se la virtù della muchucunda dipendesse solo dall' abbondanza di mucilagine , noi possiamo ottenere gli stessi effetti dalla gomma arabica , e da altre sostanze abbondanti di mucilagine.

Blennorragia delle femmine.

La blennorragia nelle femmine non ha già la sua sede nell' uretra; ma bensì sulla clitoride, all' intorno dell' orifizio dell' uretra, o alle ninfe, o nella vagina, oppure verso la commessura inferiore delle grandi labbra.

Sintomi della blennorragia delle donne sono: prurito all' orifizio della vagina: incomodo nel sedersi: tumefazione delle grandi labbra, delle ninfe, e della clitoride: dolore nell' orinare: scolo d' una materia gialla-verdastra: ne' casi più gravi dolori tensivi nella veseica, nella matrice, nell' anguinaje, nel dorso, e nella regione de' lombi.

Le femmine attaccate da una blennorragia virulenta sono più soggette che gli uomini alle escoriazioni e ad altri inconvenienti. Lo che debbesi derivare dall' estesa superficie assorbente esposta al contatto della materia virulenta.

La cura della blennorragia nelle femmine è assolutamente la stessa che negli uomini: anzi è assai più facile e pronta: perocchè si possono più facilmente applicare i rimedi alle parti affette.

Le femmine sono spessissimo soggette a scoli durante e dopo la menstruazione. Essi sono sovente di indole erpetica: e si comunicano col congresso. La indagine della costituzione dell' individuo ci farà conoscere la malattia.

Blennorrea.

Swediaur dà il nome di blennorrea quando si è renduta abituale o cronica.

Noi pensiamo con Tommasini che la flogosi è sempre attiva.

Intanto ammettiamo che al processo flogosi, che è congiunto con iperstenia, possa succedere un altro processo che non sia più flogosi, ma d' altra natura, e tale da esigere altro metodo curativo.

Sarebbe adunque opportuno di non fare solamente attenzione alla durata dello scolo, ma bensì al processo morboso.

In tal caso si dovrebbe appellare blennorrea quello scolo di muco dalle parti pudende, dall' uretra nell' uomo e dalla vagina nella femmina, il quale dipende da rilassamento e da atonia.

Noi qui prendiamo la parola blennorrea in questo senso.

La blennorrea si divide in semplice ed ulcerosa.

La mancanza de' sintomi infiammatorii è il criterio per conoscere la blennorrea e distinguerla dalla blennorragia.

Ad oggetto di determinare se la blennorrea sia ulcerosa, noi faremo le seguenti considerazioni.

1.° La materia dello scolo è intrisa di sangue.

2.° Avvi nel muco porzione di materia purulenta od icorosa.

3.° Dolore fisso in una parte dell' uretra, il quale si esacerba per l' introduzione della tenta.

4.° Esacerbasi pure per lo passaggio dell' orina.

Cagioni occasionali della blennorrea sono:

Blennorragia. Mancanza di nettezza delle parti pudende specialmente nelle regioni calde. Masturbazione. Abuso di venere. Scirrosità od escrescenza fungosa della prostata. Qualche malattia della vescica orinaria. Orli callosi di un' ulcera. Callosità o stringimento nel canale dell' uretra. Emmorroidi mucose. Vita sedentaria. Vita sontuosa. Uso de' vapori caldi, frequente uso de' bagni caldi, calor degli scaldini.

La guarigione della blennorrea è più o meno difficile.

Le blennorree, che succedono ad una blennorragia semplice, sono una semplice malattia locale; e guarisconsi con facilità, ove vengano prontamente curate.

Neglette possono divenire ribelli.

Le blennorree che succedono ad una blennorragia violenta grave, o mal curata sono molto più difficili a guarire: per lo più sono accompagnate da una escoriazione o da una esulcerazione dell' uretra.

Conviene pure aver riguardo alla varia sede, o meglio, estensione della malattia.

Le blennorree, che hanno la loro sede limitata alla fossa navicolare nelle lacune del Morgagni, sono le più facili a guarire.

Se si estendano avanti nell' uretra, alle glandule del Cowper, od alla prostata, sono ribelli.

A misura che dura più lungamente la blennorrea, si fa sempre più ostinata.

Se siavi esulcerazione, la guarigione riesce più difficile.

Quando la malattia è semplicemente locale, può guarirsi o mercè le applicazioni topiche astringenti, o con rimedi interni corroboranti o balsamici.

Swediaur trovò molto utile per topico l'ammoniuro di rame alcun poco dilungato, da schizzarsi sei o sette volte al giorno, o piuttosto ogni volta che l'infermo ha orinato.

Sono pure stati commendati, il sublimato corrosivo, il solfato di rame, l'acetato di piombo, l'alume.

In molti casi tornarono vantaggiosi gli astringenti. Tali sono: una decozione di gomma resina kino: di scorza di quercia: di radice di tormentilla, cui si aggiunge alquanto di alume.

Internamente giovano la semplice decozione del legno di guayac, o della radice di salsaparilla.

Nell'uso di questi rimedj conviene perseverare per ottenerne i desiderati vantaggi.

Precauzioni da usarsi nelle injezioni.

Le injezioni meritano particolari considerazioni.

La sciringa abbia un cannello torto, conico, d'una grossezza proporzionata in modo che la sua punta e niente di più entri nell'orifizio dell'uretra.

Il corpo della sciringa debb'essere perfettamente cilindrico, ed il pistone debbe riempiere esattamente la cavità.

Se la malattia occupa la sede ordinaria della blennorragia, cioè la fossa navicolare l'ammalato com-

prima con una mano l'uretra, ove comincia lo scroto mentre coll'altra fa l'injezione.

Ritenga il liquido injettato per uno o due minuti.

Rinnovi la stessa operazione due o tre volte successivamente.

Il liquido sia tiepido nella blennorragia: nella blennorrea ciò non è necessario.

Si agiti ben bene il liquido prima di fare le injezioni, qualora una parte degli ingredienti sia soggetta ad andare a fondo.

Le injezioni si facciano tre, quattro od anche sei volte al giorno, sinchè dura lo scolo.

Dopo che è cessato lo scolo, si facciano ancora per dieci o quindici giorni due o tre volte al giorno.

Per le femmine il cannello della sciringa debb' essere più grosso e più lungo.

Mentre si fanno le injezioni, le tente incerate sono d'una grande utilità, ove vi sia un' ulcere, o stringimento in qualche parte dell' uretra.

Questo è specialmente opportuno nella blennorragia degli uomini.

Le tente incerate ne' primi tre o quattro giorni non tengansi che un quarto d'ora, od una mezz' ora; e poi si riterranno sempre più a lungo.

Prima di far le injezioni, e di far uso delle tente incerate, l'ammalato procuri di rendere le orine.

Affezione del cordone spermatico, e dell'epididimo. Gonfiamento ed altre malattie de' testicoli.

Quando la blennorragia o la blennorrea virulenta è stata curata con rimedj inopportuni, o quando l' infermo fece un esercizio molto violento, ed espose le parti al freddo, sopravviene il tumore dei testicoli.

Questa malattia ha varii nomi: si chiama tumore venereo dei testicoli, testicolo venereo, infiammazione dei testicoli, gonorrea caduta nelle borse, ernia umorale.

Questi nomi sono improprii.

Almeno il tumore nei testicoli non è sempre della medesima indole: come varia è pur l' indole della blennorragia e della blennorrea precedente.

È rado che il tumore de' testicoli si presenti sul principio della blennorragia: si suole destare, quando i sintomi infiammatorii sono di molto diminuiti.

Incomincia a presentarsi una tensione ed un dolore ottuso all' una delle anguinaje: si estendono lungo il cordone spermatico sino allo scroto: si gonfia il medesimo cordone: l' epididimo è duro e doloroso. Se non si cura prontamente, si desta una febbre violenta con polso frequente e duro: nascono dolori a' lombi: nausee: vomiti: lo scolo diminuisce di molto.

Il tumore de' testicoli, ove si curi prontamente, guarisce in pochi giorni: trascurato o mal curato diviene malattia piena di pericolo, tanto per la violenza

della febbre, quanto per la mortificazione della parte.

Si avverte che anche allorquando la cura è stata ragionata, e la guarigione è presso al suo termine, rimane una certa durezza al testicolo: questa va gradatamente dissipandosi. Talvolta durò anche anni: ma purchè non si peccasse nel regime, e non si esponesse il corpo all' influsso di nuove cause, non si ebbe mai cattivo esito.

Quattro sono le indicazioni.

1.° Diminuire la tensione.

2.° Mitigare l' irritamento.

3.° Prevenire le perniciose conseguenze che possono risultare dalla flogosi e dalla febbre.

4.° Guarire queste conseguenze ove già siansi destate.

Si soddisfa alla prima indicazione mediante un sospensorio; e ove siavi febbre, con uno o più salassi.

Si adempie la seconda cogli stessi mezzi ed inoltre collo starsi a letto nè muoversi, coll' applicazione di ammollienti, co' cristei lassativi.

Swediaur commenda i sedativi: l' oppio, il giusquiamo nero. Avverte che il giusquiamo è preferibile all' oppio.

Convien confessare che presso molti autori di medicina avvi talfiata molto d' empirismo.

Questo il veggiamo in particolare quando commendano l' oppio ad oggetto di sedare il dolore.

Il dolore è un puro sintoma delle malattie: queste possono essere di differente natura: epperciò l' oppio non può convenire a tutte.

Egli è dimostrato che l' oppio è dotato di virtù eccitante. Quindi si stabilirà che non può convenire ogniqualvolta avvi iperstenia.

È degno di considerazione quanto riflette Swediaur, essere cioè da anteporre il giusquiamo nero all'oppio.

L' osservazione ha provato che ne' casi, in cui l'oppio aveva nocciuto, era stato utile il giusquiamo.

Convien dunque dire che il giusquiamo operi altrimenti che l'oppio, cioè che spetti a' detrimenti.

Ciò posto noi diremo che l'oppio non può convenire quando è insorto flogosi nè testicoli, e che debbesi ricorrere al giusquiamo.

Per soddisfare alla terza indicazione si caverà sangue dal braccio, si applicheranno le mignatte al perineo, od allo scroto: in seguito si applicheranno a dette parti le fomentazioni e i cataplasmi freddi: questi debbono rinnovarsi appena incominciano a scaldarsi. Per indurre maggior freddo, si aggiunga od acetato di piombo, o sale ammoniaco.

La quarta indicazione, siccome abbiamo detto, è di guarire le conseguenze dell' affezione del testicolo. Esse sono varie ed esigono diverso metodo curativo. Noi incominceremo a trattare d' una di esse, quale si è l' induramento.

Induramento ed altre malattie de' testicoli.

L'induramento de'testicoli suolsi denominare scirro dei medesimi.

Suol succedere al tumore de' testicoli negletto o mal curato.

Talfiata avvi tensione e dolore: altra volta no.

L' induramento de' testicoli produce col tempo una dilatazione varicosa de' vasi spermatici del cordone. Essa è detta varicocele o cirsocele. Swediaur propone di appellarla *orchiocele varicosa.*

Altre volte si forma un tumore ineguale e duro del testicolo che chiamasi comunemente sarcocele. Swediaur il chiama *orchiocele scirrosa.*

Se un tal tumore diviene doloroso, termina in un vero cancro, ossia nell' *orchiocele carcinomatosa.*

A questi mali accoppiasi sovente una dilatazione de' vasi linfatici del cordone spermatico: ed infine succede un cancro.

Veniamo alla cura.

Si mette il sospensorio, se non si è messo prima.

L' ammalato stia fermo, e s' attenga ad un regime sobrio.

Dirigasi due o tre volte al giorno il vapore dell' ossicrato alla parte affetta.

Si applichi allo scroto una fomentazione fredda fatta con una dissoluzione acquosa di acetato ammoniacale, od un cataplasma composto di midolla di pane e di acetato di piombo.

I purganti replicati sono utilissimi.

Le fomentazioni mercuriali, e l' uso interno del calomelano apportarono notabili vantaggi.

Si è proposto l' uso interno della decozione della scorza di radice della *Daphne mezereum*, e l' applicazione d'un cataplasma fatto colla polvere di questa radice. È un rimedio da lasciarsi, od almeno da ammini-

strarsi con molta circospezione, perocchè è caustico, ed induce, preso internamente, nausee e vomiti.

Acrel commenda la decozione della radice di *ononis spinosa*. Una mezz' oncia di detta radice si fa bollire in una libbra e mezzo d' acqua sino alla riduzione di una libbra: se ne dà una cucchiajata ogni tre ore.

Plenk loda la radice dell' atropa mandragora polverizzata inspersa su d' un cataplasma.

Si è fatto uso sì internamente che esternamente della cicuta (*conium maculatum*).

Si è trovato utile l' unzione ammoniacale composta di olio con alquanto di ammoniaca.

Tornarono vantaggiose le fomentazioni coll' idroclorato ammoniacale e coll' aceto con acqua.

Cancro de' testicoli.

L' induramento dei testicoli trascurato oppur di tanta veemenza da resistere a tutti i tentativi dell' arte degenera in cancro.

In tal caso non rimane altro rimedio che l' estirpazione de' testicoli.

Ove i vasi linfatici del cordone fossero affetti, l'operazione tornerebbe inutile: potrebbe anzi precipitare la morte dell' infermo.

Oftalmia virulenta.

L' oftalmia virulenta è blennorroica e sifilitica.

Qui noi parleremo solo della prima: dell' altra più sotto.

Essa trae origine dalla blennorragia.

Fu opinione generalmente adottata che l' oftalmia blennorroica provenisse da una metastasi della blennorragia.

Esaminando tuttavia ben bene tutte le circostanze si scorgerà che il virus non si è ripercosso e trasportato agli occhi, ma bensì portato colle mani, o con pannilini che vennero a contatto alle parti primariamente affette.

Non oseremmo tuttavia niegare ogni trasmigrazione di morboso processo.

Essa sarebbe analoga a molte altre che occorrono nella flogosi.

Quando si ammetteva per costante che la oftalmia blennorroica fosse una metastasi della blennorragia, si proponeva di rinnovare lo scolo blennorragico dai pudendi con innestare il virus. Ma questo modo di operare non era per nulla fondato.

Supponendo trasporto del virus, rinnovando lo scolo dei pudendi, non si toglieva per questo la presenza dell' inimico principio dall' occhio.

La rinnovazione del processo infiammatorio nella sede primaria era soltanto cagione che cessasse nell' occhio: ma intanto rimaneva la materia virulenta.

Sarà dunque sempre più ragionevole di dirigere la cura a distruggere nell' occhio il virus sifilitico.

La cura sarà affatto la stessa che nella blennorragia: se non che i rimedi locali debbono applicarsi all' occhio, ed anche con una certa circospezione, trattandosi d' una parte molto delicata.

Cofosi blennorragica.

Alla blennorragia suole succedere, in rarissimi casi però, la cofosi.

La cura è la stessa che nella oftalmia: se non che i rimedii locali debbono applicarsi all' orecchio.

Del resto i locali sono insufficienti: debbesi ricorrere agli interni.

Tumore blennorragico del ginocchio.

Alla blennorragia succede talvolta un tumore del ginocchio.

Questa malattia vien detta artrocele, gonocele.

Ora vi ha febbre, ed ora no.

Costantemente vi sono dolori atroci.

L' affezione dura per quindici o venti giorni, e poi si va gradatamente dissipando.

Vi suole rimanere per molti mesi una immobilità nell' articolazione.

Swediaur pensa che il tumore del ginocchio in tal caso sia d' indole gottosa.

Suol cedere al metodo debilitante.

Internamente giovano le bevande diluenti.

All' esterno convengono le frizioni coll' unguento ammoniacale.

Debbesi credere che l'utile, che se ne ottiene, proceda dalla svaporazione dell' ammoniaca per cui si eccita freddo.

Sarebbe più sicuro di ricorrere ai bagni di Schmucker.

Debbesi riporre maggior fiducia ne' rimedii interni.

Fimosi.

Fimosi è quella malattia nella quale il prepuzio è talmente ristretto che non può ritrarsi in su onde si discuopra la ghianda.

Talvolta la fimosi è prodotta dalla virulenza o da qualche altra acrimonia, o solamente da flogosi del prepuzio.

Facciansi delle applicazioni locali; si facciano delle injezioni tra il prepuzio e la ghianda.

Se questa fosse impraticabile: si faccia l' incisione del prepuzio.

Ove i sintomi infiammatorii sieno molto gagliardi si facciano deplezioni locali mediante le sanguisughe.

Nei casi meno violenti basterà applicare cataplasmi fatti di midolla di pane e di acqua con un poco di acetato di piombo.

A distruggere il virus giovano le injezioni rinnovate fra il giorno con una dissoluzione di nitrato, o di idroclorato di mercurio nell' acqua.

Se siavi qualche ulcere, s' introducono con uno stiletto tra il prepuzio e la ghianda delle filacciche inzuppate della mentovata soluzione.

Sono utili al medesimo scopo le fomentazioni mercuriali.

Per assicurarsi se siavi ulcere, tra il prepuzio e

la ghianda s'introduce uno stiletto cui siavi attaccato un poco di filacciche, e quindi si volga tutto all' intorno. Se vi esista ulcere, l'infermo prova dolore sul punto ulcerato, e si scorge una macchia nelle filacciche.

Parafimosi.

La parafimosi è una malattia in cui il prepuzio essendo ritirato dietro la ghianda è ristretto in modo che non si può più volgere sulla medesima.

Quest' affezione merita pronta cura: perocchè può indurre la mortificazione della ghianda.

Si applichi alla ghianda una dissoluzione di acetato di piombo freddo.

Nel medesimo tempo si prema dolcemente la ghianda colle dita.

Il prepuzio non venga bagnato colla dissoluzione.

In mancanza di acetato di piombo, si adoperi l' aceto dilungato nell' acqua.

È anche utile l' applicazione del ghiaccio alla ghianda.

Se i sintomi infiammatorii sieno veementi, convengono le deplezioni locali.

Ove i sintomi sieno minacciosi, si faccia l' incisione al prepuzio o al freno.

In caso che siavi ulcere da una parte, sarà bene far l'incisione del prepuzio dalla parte opposta, per allontanare la ferita dalle impressioni del virus.

Cancro e cancrena del membro virile.

La virulenza sifilitica può causare un' ulcere cancerosa, od anche la cancrena del membro virile.

Altre volte queste malattie vengono prodotte da una cattiva cura mercuriale.

E qui conviene avvertire che non tutte le ulceri, che accompagnano la sifilide, sono sifilitiche, e che quelle, che erano in pria sifilitiche, col tempo possono non più essere tali.

Questo si osserva specialmente nei soggetti erpetici o affetti da altra discrasia.

Il carattere delle ulceri sifilitiche si è di avere i margini duri e svolti, far rapidi progressi, e dare molto pus.

La cancrena del pene procede.

1.° Dal violento ristringimento della ghianda nella parafimosi.

2.° Dall' infeltramento dell' orina ne' corpi cavernosi nell' iscuria uretrale.

3.° Da una violenta flogosi.

4.° Dalla febbre nosocomiale.

Tratteremo più sotto della cura delle ulceri fagedeniche : ora ragioneremo solo della cancrena del pene.

Se si può, se ne distrugga la cagione.

S' impieghino i più efficaci rimedii, tanto interni quanto esterni, per arrestarne i progressi.

Se la cancrena continua a comunicarsi alle parti sane, l' amputazione diventa indispensabile.

Boyer ne ha data la miglior maniera di far quest' operazione.

Si cinga il tumore con un pannolino: si prenda colla mano sinistra: si tiri un poco la pelle: si tagli subito con un colpo di gammautte la pelle, i corpi cavernosi e l'uretra. Leghinsi le arterie che si diramano in mezzo al tessuto spugnoso del corpo cavernoso: fatta la legatura de' vasi, s' introduca una tenta a forma di S nella vescica. Si applichi della filaccica sulla piaga: si sostenga con piumacciuoli forati nel mezzo per lasciar passare la tenta, e messi a traverso. L'estremità di questi piumacciuoli cuopransi al dissotto de' capi d' una fasciatura in T alla quale sia fissata altresì la tenta con piccoli legami. Le legature delle arterie sogliono cadere al decimo giorno dopo l' operazione. La tenta si lasci nella vescica sino alla fine della cura: si ritiri soltanto di tempo in tempo onde nettarla e si rimetta subito dopo.

Nel caso di cancrena si può talvolta omettere la legatura de' vasi: ma per poco che il loro diametro siasi dilatato, la legatura è preferibile come quella che previene un' emorragia che può divenire pericolosa.

Le arterie, che debbono esser legate, sono le dorsali del pene, e quelle che sieguono la direzione del mezzo della sostanza spugnosa del corpo cavernoso.

Queste arterie si possono quasi sempre legare prendendone con una molletta: ma ove ciò riesca difficile, si legheranno con un ago.

Ledran avverte di tagliare una maggior porzione della pelle del pene che del corpo cavernoso. Lo

omissione di questo rende difficilissima la legatura de' vasi a motivo della retrazione de' corpi cavernosi verso il pube, in modo che la pelle si avanza sull' estremità di questo corpo, e impedisce di scoprire i vasi.

Il timore dell' emorragia ha spesso impedito di fare quest' operazione, e da ciò si sono mossi Heister e Bertrandi a preferire la legatura del membro virile. Si sono ancora proposti gli astringenti ed il cauterio attuale dopo l' amputazione, o la legatura de' vasi. La compressione ordinariamente basta, allorchè si fa l' operazione in seguito alla cancrena. Per fare una tale compressione si mette da principio una tenta nella vescica: e quindi mettonsi de' piccioli stuelli sulla piaga: dopo essersi messa una sufficiente quantità di filacciche, mettonsi a traverso de' piccioli piumacciuoli lunghetti, le di cui estremità si legano sotto i capi della fasciatura in Γ, dopo che si rivoltano l' estremità di questi piumacciuoli l' uno verso l' altro, e si attaccano con delle spille.

Iscuria o disuria uretrale.

Iscuria è la soppressione totale dell' orina.

Disuria è una soppressione incompleta dell' orina o la difficoltà di orinare ad una sola volta continua e naturale.

Quando la cagione risiede nell' uretra, diconsi uretrali.

Quando la cagione è la virulenza sifilitica, si aggiunge l' epiteto di sifilitiche.

Le cagioni dell' iscuria e della disuria uretrale, sono:

1.° Un' infiammazione violenta in alcune parti dell' uretra, o nel collo della vescica.

2.° Una contrazione spasmodica di dette parti.

3.° Una compressione del collo della vescica o della cavità dell' uretra cagionata dalla tumescenza o dalla scirrosità della prostata, o di ogni altra glandula dell' uretra.

4.° Una cicatrice rilevata d' una piaga, o di un' ulcere.

5.° Un'escrescenza verrucosa o fungosa nella cavità dell' uretra.

Noi qui parliamo solo di stringimenti dell' uretra che provengono dalla blennorragia, dalle ulceri, o dalle injezioni imprudentemente praticate.

Gli effetti terribili, che vengono in seguito a tali ristringimenti, non procedono immediatamente, ma mediatamente: debbonsi derivare dalla ritenzione dell' orina.

Tutte le cause, che possono indurre spasmo, possono aggravare talmente la malattia da renderla prontamente mortale.

La malattia è tanto più pericolosa quanto la causa che la produce è più difficile a determinarsi, ed a distruggersi: quanto la sede del male è più innanzi nell' uretra, e quanto maggiore è l' irritabilità della vescica.

Talvolta avvi vizio organico. Lo che conosceremo da che l' infermo non può mai ritenere lungamente

la sua orina per evacuarne una gran quantità in una volta. Se applicasi in tal caso la tenta o il catetere, questa quantità sarà picciola.

Questa malattia se non venga curata per tempo, può formare un ascesso od una fistola al perineo, ovvero un infeltramento di orina nella membrana cellulare di tutte le parti circonvicine, il quale è seguito dalla cancrena, e spesso dalla morte.

Innanzi tratto nella cura si tasti il polso. Se è frequente e gagliardo, si cavi sangue.

Si impongano cristei emollienti.

Si applichi il catetere, od una tenta incavata per evacuare l' orina.

La tenta si unge d' olio: s' introduce leggermente: subito che s' incontri il menomo ostacolo, si soffermi un' istante, e poi si ritenti l' introduzione. Quest' ostacolo per lo più è uno spasmo passaggiero. Se l' ostacolo è al verumontano o più innanzi nell' uretra, si può spessissimo alzarlo, introducendo il dito nell' ano e stropicciando leggiermente il perineo per agevolare il passaggio della tenta.

Giova pure che l' infermo stia assiso sull' orlo del letto colle gambe pendenti.

Si prenda un bagno caldo di un' ora.

Si replichi il bagno quattro o cinque ore dopo.

Quando non può aversi in pronto il bagno, l' infermo si asside su di una sedia trasforata per ricevere il vapore dell' acqua mista coll' aceto.

S' impone un' altro picciolo cristeo composto di eguale quantità d' acqua di orzo e di olio di lino con

cinquanta o sessanta gocce di laudano liquido, e si fa replicare a misura del bisogno.

Si suppone che siavi spasmo, ma non flogosi. Altrimenti il laudano rimarrebbe nocivo.

Hamilton prescrive una pillola di dieci grani di calomelano, con due grani d' oppio: ripete questa dose sei ore dopo se la prima non ha corrisposto alla sua aspettativa, e si è sovente trovato costretto di darne la terza dose.

Hunter consiglia d' impiegare una candeletta, e quando essa non passa il luogo del ristringimento, di lasciarla nell' uretra vicino all' ostacolo.

Lo stesso Autore dice che per allontanare e prevenire questa contrazione spasmodica ha trovato utile d' impiegare delle injezioni alquanto irritanti, o una candeletta lunga tre o quattro pollici, coperta di qualche medicamento irritante, e di lasciarla nell' uretra altrettanto che l' infermo può sopportarla.

Evacuate le orine, se ne prevenga una nuova accumulazione.

Si continui perciò nell' uso dei rimedii; specialmente si lasci il catetere nell' uretra.

Intanto si pensi a distruggere la causa della soppressione delle orine.

Il catetere o la tenta si introduce in tal modo.

Si unge con olio lo stromento. Il chirurgo tira con una mano leggermente l' uretra verso di lui: tiene lo stromento tra le dita dell' altra mano: l' introduce nell' uretra a grado a grado. Si dà un giro di mano: se s' incontra qualche resistenza, si gira lo

strumento sul suo asse. Se la resistenza è al collo della vescica, si può dirigere col dito nell' ano. Talvolta l' ostacolo è uno spasmo: si sospenda un istante e poi vi si risospinga.

I cateteri elastici tratti fuori dall' uretra si netti-no, si asciughino, si espongano per certo tempo all' aria onde acquistino la loro consistenza.

Si lavino internamente ed esternamente.

Per nettarli ed asciugarli internamente si faccia passare un ago con una stoppina di seta.

Se avvi troppo tensione nel catetere elastico prima di valersene, si ammollisca o tenendolo nella mano o avvicinandolo al fuoco.

Se non si può introdurre il catetere o la tenta, si procurerà d' introdurre una corda di budello.

Se si trova qualche ostacolo, s' introduca per quanto si può: poi si lasci entro, e si cessi: dopo qualche tempo si risospinga.

Perchè non esca nè muti sito, si fissi al di fuori.

Quando debbonsi rendere le orine, si tragga fuori la corda: e subito dopo se ne introduca un' altra alquanto più grossa.

Dopo aver adoperate corde sempre più grosse, si giunge a poter adoperare le tente elastiche.

Se neppure la corda di budello si possa introdurre, e siavi raccolta di orine da minacciare irritazione, flogosi, e cancrena, si trafori la vescica.

Fleurant propone di traforarla per d' ano. Altri la traforano sopra le sinfisi del pupe.

Quando siavi affezione al collo da impedire che

qui si faccia facilmente l' incisione, si ricorra al metodo di Fleurant.

Talvolta i proposti rimedii tornano indarno: l' orina dietro lo stringimento s' infeltra nel tessuto cellulare.

In tal caso facciansi incisioni nelle parti, e specialmente dietro all' ostruzione.

Alle parti tagliate o irritate dalle orine si applichino fomenti ammollienti.

In alcuni casi la vescica per troppa copia d' orina o per l' alterazione di essa diventa paralitica. Allora si applichino alla regione sacra ed all' abdome fomentazioni aromatiche od anche un vescicante.

In altri casi la vescica si ruppe: lo che fu prontamente fatale.

Durante l' uso della tenta la dieta sia tenue: non si eseguiscano gagliardi esercizi. Se siavi tumore dietro la coartazione, in tale congiuntura si faccia la incisione: e poi si medichi con filacciche asciutte o con un pezzetto di spugna.

Se siavi fistola, prima di dirigere ad essa la cura, si pensi a togliere l' ostruzione dell' uretra.

Guarita l' ostruzione, talvolta spontaneamente guarisce la fistola. Se sì richiegga l' arte, se la fistola è recente, si applichino cataplasmi emollienti sul perineo. Se la fistola è già callosa, si applichino i caustici oppure si venga all' operazione.

Gonfiamento della prostata.

Il gonfiamento della prostata è spesso sifilitico: ma non lo è costantemente.

Fothergill sofferse questa malattia: la descrisse assai bene: ne fu vittima: eppure protesta che non conobbe mai donna. In un medico non può cader dubbio che per verecundia abbia niegata una circostanza cotanto essenziale.

I vizii erpetici, psorici, scrofolosi possono causare la tumefazione della prostata.

Il dito introdotto nell' intestino retto può fare conoscere l' esistenza di quell' affezione.

La grossessa e la durezza possono esser varie. Ora è poco più grossa del naturale: altre volte è doppia ed anche tripla.

In alcuni casi è molle: in altri di una consistenza cartilaginosa.

La tumefazione della prostata prodotta da sifilide, in un soggetto d' altronde sano, lascia molta speranza di guarigione.

Quando avvi durezza cartilaginosa e vizio scrofoloso, scorbutico od altro, la malattia è contumacissima e sovente fatale.

Delle ulceri e fistole sifilitiche delle parti genitali.

Il nome di *chancre* (ulcere maligna) fu da principio dato alle ulceri che nascono alle parti genitali

de' due sessi, probabilmente per la rassomiglianza che hanno coll' ulcere corrosiva, che chiamasi cancchero o cancro.

La maggior parte de' nostri scrittori, e de' nostri pratici moderni confondono sotto il nome di cancro tutte le ulceri che attaccano le parti genitali, o le parti vicine: alcuni danno questo nome anche alle afte, o ulceri che vengono alla bocca: altri estendono questo nome a tutte le ulceri, in qualunque parte del corpo appariscano, allorchè provengono dal veleno sifilitico infettando la massa degli umori; altri finalmente danno il nome di cancri alle ulceri delle parti genitali, come a quelle che attaccano le altre parti del corpo, ma solamente quando provengono da un' infezione sifilitica primitiva, e danno il nome di ulceri veneree a tutte quelle che nascono in alcune parti del corpo, allorchè sono la conseguenza dell' infezione costituzionale, o del veleno sifilitico sparso nell' universale.

La maniera la più generale, con cui si comunica il veleno sifilitico è in seguito all' unione tra i due sessi. Le ulceri sifilitiche compariscono da principio sulla superficie la più irritabile posta in contatto, come si osserva generalmente sulla superficie interna del prepuzio, sulla corona della ghianda, sul freno, sulla stessa ghianda negli uomini, rare volte sulla superficie esterna del prepuzio, sulla pelle della verga, sullo scroto, sulle cosce ec., e nelle donne sulla superficie interna, o esterna delle grandi labbra, sulla clitoride, sulle ninfe, nella vagina, sulle cosce ec.

Il veleno sifilitico non agisce mai (almeno a' giorni nostri in Europa) sopra una persona sana se non che allorquando il fluido infettato del suo miasma è applicato sopra qualche parte, e vi resta un certo tempo per agire. Sopra qualunque parte del nostro corpo questo fluido sia posto, vi produrrà un' ulcere. Ma si comprende di leggieri, che agirà tanto più facilmente e rapidamente, quanto questa parte sarà più irritabile, che il fluido sarà meno esposto ad esser tolto via o per lo muco separato dalla parte, o per le lavature praticate all' oggetto di scemare almeno la quantità della materia virulenta.

Inoltre si osserva frequentemente che le ulceri sifilitiche nascono sulle superficie rosse, umide o secretorie dal corpo: nel mentre si osservano più di rado sulla superficie bianca, o secca della pelle, e rare volte anche sopra quelle parti, dove si fa un' abbondante secrezione di muco, giacchè questo muco diluendo la materia virulentà, ne diminuisce l'azione, e difende le parti contro la corrosione. Quel che si è detto finora, si applica non solo alle ulceri sifilitiche, che provengono da un' infezione primitiva e originaria, ma anche alle ulceri che nascono nelle parti genitali, come anche nella bocca, nella gola, o nella superficie del corpo, da un' infezione secondaria, o da ciò che chiamasi comunemente un' infezione generale, o costituzionale del corpo.

Siffatta distinzione tra le ulceri *primitive*, e *secondarie*, o come alcuni autori le chiamano ancora le ulceri *locali*, ed *universali*, è della più grande im-

portanza nella pratica ; poichè le ulceri sifilitiche recenti della prima specie possono essere di spesso guarite coi soli topici, o almeno non esigono che la combinazione di questi rimedj con delle picciole dosi di mercurio somministrato internamente ; mentre quelle dell' ultima specie non si guariscono radicalmente, che con un trattamento mercuriale completo.

Le ulceri sifilitiche si riconoscono in generale dai contorni duri, e callosi, dalla crosta bianca, floscia, quasi coperta da un sangue denso, la di cui base è vestita da un rosso più intenso della pelle all' intorno dell' ulcere, dalla tendenza continua ad estendersi, ed a corrodere, e perchè non guariscono, se non che coi soccorsi dell' arte. Il sintoma però, che sembra essere il carattere specifico delle ulceri sifilitiche, è un certo condensamento, o una sorte di callosità delle parti attaccate, che le accompagna costantemente. Finalmente questi segni acquistano più forza, se l' ammalato è convinto che precedentemente si è esposto all' infezione.

Li segni diagnostici, pei quali le differenti ulceri non sifilitiche si distinguono dalle sifilitiche, sono :

1° Esse hanno un' apparenza differente.

2.° Restano stazionarie senza estendersi, e senza corrodere le parti vicine : o se esse sono di una natura corrosiva, si estendono per l' ordinario più profondamente, mentre che le ulceri sifilitiche si estendono più superficialmente.

3.° Scompariscono di spesso da per loro stesse senza i soccorsi dell' arte.

4.° Compariscono solamente durante l' uso del mercurio.

5.° Peggiorano durante l' uso del mercurio, sì esterno che interno.

6.° Esse sono state precedentemente trattate senza alcun successo col mezzo del mercurio.

7.° Sono di una sensibilità estrema.

8.° Lo stato di atonia di tutto il corpo in generale, o il rilassamento, e la mollezza della parte affetta, dalla quale scola una materia icorosa.

9.° I sintomi di altre malattie, come lo scorbuto, la lepra, l' erpete, le scrofole, o altra acrimonia del sangue, o sole, o complicate con la malattia sifilitica.

Il tempo, che impiega il veleno ad agire per produrre le ulceri sifilitiche, differisce in ragione non solamente della struttura particolare della parte, che dello stato di salute, e della condizione dell'ammalato, ma altresì della qualità dello stesso veleno: non ostante che questa proposizione sia stata negata da più scrittori moderni.

Le ulceri sifilitiche compariscono generalmente sopra la superficie rossa, o umida delle parti genitali, nel secondo o terzo giorno dopo un coito impuro: per altro Swediaur vide de' casi, in cui sono comparse dopo dodici ore, ed altre volte dopo sette o otto giorni dopo il coito; mentre che quelle, che vengono sopra qualche parte della superficie secca del corpo, compariscono rare volte prima di venti o trenta giorni. Nel primo caso la malattia principia

generalmente da un prurito, e da picciole pustule, o vescichette trasparenti, riempite di un umor limpido, che per questa ragione alcuni scrittori hanno nominato *cristalline*. La pellicola di queste pustule si distrugge, o si rompe ben presto dal prurito, ed allora comparisce una o più ulcere, la di cui base è coperta di una mucosità, o di una crosta lardacea, e che si estende più superficialmente che profondamente. Nel secondo caso al contrario quando un' ulcere sifilitica primitiva si forma sul corpo della verga, o sopra lo scroto, o sopra la pelle coperta di epidermide secca, allora si manifesta sotto l'aspetto di una pustula rotonda, dura e rossa, che non s'infiamma che lentamente, e che si ulcera tramandando alla fine un umor chiaro, ed icoroso.

Vi sono ancora di altre ulceri maligne, ostinate, corrosive, che nascono alcune volte alle parti genitali de' due sessi, e che non bisogna confondere con le ulceri sifilitiche, perchè esigono un trattamento intieramente differente.

Ma non sono gli organi soli della generazione che vanno soggetti alle ulceri sifilitiche primitive. Ogni altra parte del corpo può divenire la sede di queste, quando questa parte è stata esposta al contatto immediato di un' ulcere sifilitica, o della materia impregnata di questo virus. Le parti di un corpo sano, soprattutto le dita, e le mani sono più soggette ad esserne attaccate gravemente, allorchè vi ha una scorticatura, una graffiatura, una fissura, o una piaga qualunque.

Le donne sono egualmente soggette alle ulceri sifilitiche alle parti genitali ; ma allorchè ne sono attaccate , le conseguenze sono rare volte così pericolose , come negli uomini. La loro maniera di vivere più sobria , la minore irritabilità , e la struttura differente delle loro parti genitali esterne , la gran quantità di umori , da cui sono umettate , sono altrettante circostanze che debbono di necessità impedire utilmente i progressi rapidi , e violenti delle ulceri sifilitiche.

La sede di queste ulceri nelle donne si trova soprattutto nelle grandi labbra , nelle ninfe , e rare volte nella vagina e nell' utero.

Egli è dunque della più grande importanza nella pratica di distinguere con molta attenzione :

1.° Le ulceri primitive originali , o locali sulla superficie secca o umida , causate dal contatto immediato del veleno sifilitico , dalle ulceri secondarie costituzionali , o universali dalla stessa specie , prodotte nelle differenti parti del corpo , dal veleno assorbito , e depositato su queste parti :

2.° Le ulceri o cancri provenienti dal veleno sifilitico applicato alle parti genitali d' una persona sana , dalle ulceri provenienti di acrimonie di altra natura applicate esternamente a queste stesse parti:

3.° Le ulceri sifilitiche secondarie , che sono gli effetti d' una infezione generale , dalle ulceri scrofolose , erpetiche , scorbutiche , o finalmente prodotte da qualche altra acrimonia , deposta dalla massa generale sulle parti genitali , o su qualche altra parte del corpo ;

4.° Le ulceri sifilitiche dalle afte, o come comunemente si chiamano, cancri alla bocca, alle labbra, alla lingua, alle gengive ec., prodotte dallo scorbuto, o da una acidezza, o umore acre dello stomaco;

5.° Le ulceri sifilitiche della bocca, della gola, dalle ulceri mercuriali, prodotte dall'acrimonia della saliva, o del muco, durante l' uso del mercurio sì interno che esterno;

6.° Le ulceri, che devono realmente la loro origine al virus sifilitico, applicato recentemente ad alcune parti, o a questo stesso virus deposto dalla massa del sangue infetto su queste stesse parti, da quelle, che pel tempo, o per l' uso del mercurio, o d' altri rimedj han perduto il loro carattere sifilitico primitivo, e che invece di guarire, s' inaspriscono vieppiù coll' uso continuato del mercurio. Queste ulceri derivano dall' acrimonia de' fluidi, o dallo stato della debolezza, o dell' irritabilità del corpo, prodotto dal lungo uso del mercurio, o da un regime, e da rimedj poco opportuni.

Dall' esatta, e precisa distinzione di queste differenti ulceri dipendono i nostri successi nella pratica, la nostra riputazione, e la felicità degli ammalati.

I punti più essenziali a considerare, quando veniam consultati su di un' ulcere delle parti genitali, sono: 1.° qual è la vera natura di un' ulcere, qual è lo stato attuale, e quai sono stati i suoi progressi; 2.° da quanto tempo l' infermo ne viene affetto; 3.° allorchè ci siamo assicurati, che l' ulcere è di

natura sifilitica, resta a determinare se è primitiva o secondaria, cioè a dire, se viene da un contatto recente, o originale, o se è la conseguenza d' una infezione generale e costituzionale del corpo; 4.° quali sono i rimedj, che l' infermo ha praticati sino a questo momento, e se ha preso del mercurio, ed in che quantità; 5.° quale è ora, e quale è stata da qualche tempo la sua maniera di vivere a riguardo della dieta, dell' esercizio, e dell' abitazione; 6.° qual è il suo temperamento, ed in caso che fosse assai debole, o irritabile, interessa molto determinare, se questa debolezza, o irritabilità è naturale, o se piuttosto deriva dal regime, che l' ammalato ha seguito, o dai rimedj che ha presi.

Molti chirurghi moderni han raccomandato d' estirpare tutti i cancri, o ulceri sifilitiche recenti delle parti genitali col mezzo dei caustici, cioè a dire, di toccarle una o due volte fra ventiquattr' ore col nitrato d' argento fuso (pietra infernale), fino a che l'escare si distaccano successivamente, e che la base dell' ulcere diviene rossa, e netta. Questa pratica può senza dubbio talvolta convenire, ma non si può affatto consigliare. È vero che le ulceri si guariscono generalmente assai presto con questo metodo, ma Swediaur spesso osservò, che i buboni ne avvengono in seguito. Altre volte accade, che il virus sepolto sotto l'escara prodotta dall' azione del caustico, corrode al di sotto le parti, e così produce, in luogo di una picciola ulcere superficiale, un' ulcere assai profonda, che in seguito ci costringe a ricorrere ad

altri rimedj. Vi sono per altro delle costituzioni, che non sopportano alcuna applicazione acre, di qualunque specie essa sia, e molto meno quella di un caustico. Essendo applicato nelle costituzioni irritabili, o scorbutiche, Swediaur osservò produrre de' cattivissimi sintomi, ed un caso particolarmente gli è occorso, nel quale la mortificazione della parte fu l' effetto di una simile applicazione.

Altri scrittori hanno consigliato di trattare della stessa maniera tutte le ulceri sifilitiche primitive, o secondarie, cioè con un trattamento mercuriale interno, e di non fare giammai uso di qualunque applicazione esterna. Essi allegano in favore di questo metodo, che i cancri sono dei segni della presenza del virus sifilitico nel corpo, e che per conseguenza se scompariscono col semplice uso del mercurio preso internamente, è certo che il rimedio ha penetrato nella massa del sangue sino alle parti affette, e che per conseguenza potrà starsi sicuro, che il virus si è intieramente sradicato. A ciò si risponde, che le ulceri sifilitiche recenti, prodotte da un' infezione immediata, o primitiva, non sono affatto de' sintomi di lue venerea, come ci si assicura. Esse non sono al contrario in questo caso, che una malattia locale, che esige principalmente delle applicazioni topiche. Intanto non vi ha dubbio, che se sussistono durante qualche tempo, ne seguirà necessariamente l' infezione di tutto il sistema, ed allora, ugualmente che quando derivano da un' infezione universale, o secondaria, sono certamente, come si è detto, tanti

segni esterni , che provano l' esistenza del virus nella massa generale. In questo caso Swediaur è di parere , che sarebbe ben fatto di non trattarle , che coll' uso interno del mercurio , senza alcuna applicazione esterna, perchè se il solo uso del mercurio interno le fa scomparire senza il soccorso di alcun topico , si è sicuro di aver sradicato il virus , e guarita la malattia radicalmente. Ma allorchè occupano le parti genitali , o che affettano le braccia , o le mani , il virus eccita sovente delle violente infiammazioni, e de' danni assai pericolosi, oppure vien egli assorbito , e portato alle glandule linfatiche , producendovi de' buboni , priachè il mercurio abbia avuto il tempo di produrre i suoi effetti , e di distruggere questo virus nella parte affetta.

In generale in tutte le ulceri sifilitiche il miglior rimedio topico è il mercurio , checchè ne dicano alcuni scrittori moderni. Ma applicato , come lo è ordinariamente , non produce sovente alcun effetto. La preparazione che Swediaur trovò la più efficace nella maggior parte delle ulceri sifilitiche del prepuzio , e della ghianda , è l' ossido rosso del mercurio con un poco di grasso, oppure il protocloruro di mercurio applicato in polvere , e leggiermente strofinato sull' ulcere pel mezzo della saliva dell'ammalato, durante sei o sette minuti , una o due volte in ventiquattr' ore , aspergendo sempre colla stessa polvere l' ulcere alla fine , pria di svolgere al di sopra il prepuzio. In altri casi , si può servire con successo di un unguento fatto colla stessa polvere o del mele mercuriale ,

o dell' unguento mercuriale grigio ordinario. La miglior maniera di servirsene è di applicare mattina e sera questo unguento tra il prepuzio e la ghianda. Negli uomini, nei quali il prepuzio non copre la ghianda, conviene applicare questo unguento sulle parti affette, e metterlo in seguito in un picciolo sacco, che si attacca alla verga dietro la corona della ghianda. Ne' due casi il movimento naturale del corpo durante li soliti usi della giornata contribuisce ad estendere, e ad applicare perfettamente questi rimedj alle parti, e le ulceri guariscono spesso in poco tempo. In questa maniera si assorbisce anche una porzione di mercurio nella massa del sangue, e non si può dubitare, che non si possano guarire radicalmente le infezioni leggiere e recenti coll' uso di questo solo mezzo, che si continuerà regolarmente, fino a che l' ulcere, ed ogni durezza, o condensamento che trovansi ai contorni dell' ulcere, siano perfettamente guarite. Per le donne, la maniera di servirsi di questi rimedj è di strofinarne le parti affette, o secondo le circostanze, d' introdurne una porzione della grossezza di una nocciuola nella vagina, e di aver cura d' impedire che non scorra, allorchè si fonde, facendo uso di una fasciatura.

Si continuerà l' uso di questi rimedj esterni regolarmente, e senza interruzione, non solo fino a che l' ulcere sia intieramente scomparsa, ma fino a che non resti nella pelle vicina qualunque durezza: perchè noi possiamo stabilire come una regola generale della pratica, che non si avrà mai guarigione radicale

di un' ulcere sifilitica, fino a che resti la minima durezza, o condensamento nel sito dell' ulcere, o de' suoi contorni; ed ancorchè si è pervenuto a consolidare l' ulcere, il virus non essendo in questo caso completamente distrutto, comparirà ben presto di nuovo, o alla stessa parte, o a qualunque altro luogo del corpo.

Swediaur adunque è fisso in quella opinione che non solo il mercurio applicato topicamente non è giammai nocivo nelle ulceri sifilitiche, ma è al contrario utilissimo, e quasi sufficiente per la guarigione, quando le ulceri sono locali, e quando vengono da un' affezione primitiva; e finalmente che è sempre necessario quando i progressi del male sono rapidi, e minaccevoli.

Nel caso che l'ulcere sia coperta da una crosta lardacea, spessa, e dura, il miglior mezzo è d' impiegare da principio per topico l' ossido di mercurio rosso, di cui si aspergerà l' ulcere, e che si coprirà con poco di grasso steso sopra della filaccica, una o due volte in ventiquattro ore, tanto che resterà coperta dalla crosta bianca e densa; ma tosto che la base dell' ulcere diverrà rossa, e che prenderà un' apparenza più netta, si applicherà il protocloruro di mercurio in polvere con un poco di saliva, o si laverà frequentemente, secondo le circostanze, la parte colla *lozione sifilitica nera*, o con la *lozione sifilitica lutea*, oppure con un poco di nitrato d' argento fuso disciolto in una grande quantità d' acqua, e si applicherà nel tempo stesso sopra l'ulcere della filaccica inzuppata nell'una, o nell' altra di queste lozioni.

Intanto l' applicazione de' topici non è sufficiente, ed è necessario altresì di somministrare nel tempo stesso il mercurio internamente, quando le ulceri sifilitiche esistono dopo qualche tempo, o allora quando provengono da un' infezione costituzionale, sia per prevenire l' infezione della massa del sangue nel primo caso, o per sradicare il virus antico nel secondo. Nel primo caso bisogna continuare il suo uso per dodici, o qnindici giorni, dopo che le ulceri sono perfettamente consolidate: nell' ultimo bisogna un trattamento mercuriale completo.

Nelle ulceri sifilitiche ribelli s' impiegano alcune volte con molto successo le fumigazioni coll' ossido di mercurio solforato rosso applicate alla parte affetta.

Ma vi sono delle ulceri, che ancorchè in apparenza rassomiglino alle ulceri sifilitiche, non cedono però nè all' uso interno, nè all' uso esterno del mercurio, o che sebbene prendano fino ad un certo punto un aspetto migliore, restano stazionarie, o peggiorano coll' uso del mercurio, sembrando per così dire aver perduto il loro carattere sifilitico primitivo, e divengono allora sovente assai sensibili, ed irritabili. In questo caso sarebbe troppo inopportuno d' insistere sulla continuazione dell'uso del mercurio, sotto qualunque forma o qualunque preparazione egli fosse, come si pratica comunemente dietro l' antico uso. Swediaur ebbe più occasioni di vedere esempj di funesti successi, e spesso fatali, che avea avuti questa cattiva pratica.

Quando queste sorti di ulceri sono state di molta

durata, affettano generalmente più o meno la costituzione dell' ammalato, ed allora esigono molto discernimento dalla parte del pratico. In alcuni casi l' uso dei sedativi è il solo che conviene; in altri al contrario quello dei corroboranti diviene preferibile. In altri Svediaur provò un eccellente effetto dal *linimentum viride*, applicato sulla filaccica una o due volte al giorno. Allorchè l' ulcere è callosa, stazionaria, o veramente atonica, l' applicazione del caustico diviene non solamente utile, ma anche alcune volte necessaria.

Accade alcune volte un' emorragia, soprattutto allorchè l' ulcere ha penetrato nella sostanza dell' uretra, o nei corpi cavernosi: essa potrebbe divenire pericolosa, se prontamente non si arresta: ciò che può ottenersi mediante la compressione, o l'injezione degli astringenti, o dell' olio volatile di terebintina, o dell' uso interno dei balsami.

Allorchè il gonfiamento del prepuzio impedisce di scoprire la parte ammalata, si potranno applicare le sanguisughe per sgorgarlo, ed intanto impiegare le injezioni appropriate alla natura del male. Se questi mezzi non bastano, e ove non si possa pervenire a scoprire la ghianda, bisognerà insistere sulla necessità dell' incisione del prepuzio, affin di scoprire la sede del male; poichè spesso riesce impossibile di operare la guarigione senza questa condizione. Una siffatta operazione addimanda molta circospezione e perizia: altrimenti si ha il peggio.

Le ulceri, come molti altri sintomi sifilitici, che resistono al mercurio, sono assai spesso combattute con successo della decozione di guajaco, o di salsaparilla ben preparata e carica, continuata per certo tratto di tempo.

Si è provato anche con successo l'uso interno dell'oppio in alcune di queste ulceri ostinate, ed invecchiate. Si è applicato anche esternamente sciolto nell'acqua, o secondo le circostanze nell'alcool, solo, o combinato colla canfora.

L'estratto del *conium maculatum*, disciolto nell'acqua, è stato anche impiegato, e sembra di agire per gl'istessi principj. Il dottor Quarin di Vienna dice averlo con molto successo più e più volte adoperato, applicando nel tempo stesso un poco di protocloruro di mercurio sulla parte affetta.

Sotto le stesse vedute si sono anche raccomandate alcune preparazioni di piombo: tali sono l'ossido bianco o rosso, l'acetato. Esse sono buone, ma il di loro uso esige assai precauzione: perchè producono alcune volte, principalmente quando la superficie delle ulceri è troppo estesa, de' cattivi effetti. Lo stesso medico ha osservato un caso di questa specie, dove la verga perdette, dietro l'applicazione di questo rimedio, tutta la sua sensibilità naturale, e non fu più capace d'erezione. L'infermo fu inoltre affetto per più anni nell'inguini, nel perineo, e nelle articolazioni delle estremità de' dolori da' quali venne finalmente guarito coi bagni caldi, e coll'uso interno dello zolfo.

G. Hunter ha raccomandato di toccar leggermente le ulceri, che divengono stazionarie, durante l' uso interno del mercurio, come alcune altre ulceri fagedeniche della ghianda col nitrato d' argento fuso; egli crede ch' è necessario, che la superficie attaccata, o li nuovi granellini, che crescono su questa superficie, siano distrutti pria che la cicatrice possa formarsi: egli dice che queste ulceri si guariscono spesso, e si cicatrizzano alcune volte rapidamente, dopo esser state toccate anche solamente due o tre volte. Le osservazioni, e le esperienze ripetute possono solamente decidere della confidenza, che si deve accordare a questo metodo. In alcuni casi, in cui Swediaur sperimentò sulle ulceri fagedeniche, l' effetto non è corrisposto alla sua aspettativa. Debbesi anche ripetere a quest' occasione, che malgrado che l' applicazione dei caustici possa essere in alcuni casi utilissima, ve ne sono molti altri, nei quali la loro applicazione è seguita da effetti evidentemente cattivi, ed anche alcune volte pericolosissimi.

Nelle ulceri, che sembrano dipendere dall' atonia, o dal semplice rilassamento delle parti, ovvero che rendono una materia acre, icorosa, e corrosiva, e che spesso sono combinate con una atonìa, e con una cachessìa del corpo intiero, il mercurio è egualmente pernicioso: l' istesso dicasi delle afte, e delle ulceri scorbutiche. Il soggiorno negli ospedali, ed anche nelle grandi città è funesto per questi ammalati. Bisogna l' aria salubre della campagna, una dieta nutritiva, e fortificante, l' uso moderato del

vino di Madera, di Spagna, d'Ungheria, di Bordeaux l' esercizio all' aria libera, alcune volte l' applicazione del caustico, ed in seguito quella degli astringenti, come la decozione della radice di *tormentilla erecta*, o una infusione di china-china nel vin rosso, o nell' acqua di calce, come anche l' uso interno di questi stessi rimedj, ed i bagni di mare. È in questi casi, che Swediaur trovò talfiata assai eccellente l' uso interno, od esterno del *decoctum syphiliticum roborans*, dopo che tutti gli altri rimedj erano stati applicati invano, e che il male sembrava disperato.

In altre circostanze la lozione fatta col solfato di zinco solo, o unito colla canfora; una dissoluzione del solfato di rame nell' acqua, o una dissoluzione dell' ossido di rame verde nell' olio, o l' istesso ossido triturato col mele, sono preferibili.

Più marinari nel loro ritorno da Batavia furono guariti facilmente d' alcune ulceri alle dita, ostinate a tutti gli altri rimedi, colla limatura di ottone fino, di cui si aspergevano le parti affette.

In tutte le altre ulceri recenti non sifilitiche, provenienti da una infezione dietro di un coito impuro o da qualunque acrimonia, qualunque sia, Swediaur trovò che il miglior rimedio era l' applicazione dell' alcool di rosmarino, o dell' acquavite semplice. Si bagna la filaccica, o un pannolino nel liquore, e si applica frequentemente sopra l' ulcere sei o otto volte al giorno, o più spesso. Questo rimedio cagiona da principio un poco di dolore, ma in seguito non ne cagiona ben tosto più, e le ulceri scompariscono

generalmente in pochi giorni. Debbesi fare qui menzione di un fenomeno assai singolare, che Swediaur osservò servendosi di questo rimedio la prima volta per se stesso. Ciò accadeva in tempo di estate, durante gli eccessivi caldi, tempo in cui lo scroto è naturalmente rilassato: versando una picciola quantità dello spirito di rosmarino sulla ghianda, provò un calore bruciante, che si comunicava all' istante a tutto lo scroto con un sentimento di calore assai vivo, come se si fosse applicata dell' acqua ben calda, e con un' azione notabilissima del muscolo cremastere, in tutta la circonferenza dello scroto.

Nelle ulceri fungose della ghianda si è consigliata l' amputazione della verga. Swediaur non ebbe mai ricorso a questo terribile rimedio. Egli riuscì certi casi, che si riguardavano come disperati, impiegando i rimedj qui sopra menzionati, che variava secondo la differenza dello stato dell' ammalato, e della differenza della malattia.

È a proposito d' osservare che in più di questi casi l' applicazione costante di una sonda scannellata o di una tenta incerata diviene necessaria, per procurare un libero passaggio alle orine, e per impedire che non si formino de' seni, delle fistole, o delle insinuazioni funeste dell' orina nella membrana cellulare.

Il prurito e le escoriazioni della ghianda e del prepuzio che sopravvengono specialmente agli uomini di una certa età, sono spesso assai incomode ed ostinate: l' applicazione della *lotio syphil. nigra*, o

lutea, riesce generalmente assai bene, ma vi sono de' casi ostinati in cui val meglio immerger la parte in una dissoluzione dell' acetato di piombo, o fregare la parte due o tre volte per giorno coll' unguento di piombo.

Le ulceri, o le escoriazioni che nascono o all' orificio, o al principio del canale dell' uretra, cedono comunemente all' applicazione del *linimentum viride*. Si lascia cadere una o due gocciole nel canale, una o due volte in ventiquattr' ore, e vi s' introduce in seguito un poco di filaccica impregnata dello stesso liquido.

Le ulceri sifilitiche, che hanno la loro sede nel retto, sono difficili a guarirsi, giacchè rare volte siamo chiamati pria che l' istesse abbiano fatti de' pericolosi progressi. Il miglior rimedio è il protocloruro di mercurio introdotto nel retto, oppure un' injezione fatta colla *lotio syphilitica lutea*, due o tre volte al giorno, specialmente dopo che l' ammalato è stato al cesso. I cristei oppiati sono anche utilissimi in questo caso, ma non bisogna però nel tempo stesso giammai trascurare l' uso interno del mercurio.

Le ulceri delle femmine, tanto sifilitiche, che di qualunque altra natura, esigono gli stessi rimedj che quelli degli uomini.

Le ulceri dell' utero, o della vagina accompagnate da uno scolo acre, ed icoroso, non sono sempre cancrenose come generalmente si crede. Esse sono assai di spesso sifilitiche, ed esigono allora l' uso del mercurio. Swediaur osservò delle donne, che

in seguito del dolore, e di uno scolo sanioso, tinto alcune volte da un poco di sangue, per cui elleno erano afflitte, si credevano attaccate da un cancro alla matrice, fidandosi sopra quanto era stato loro assicurato dalle persone che aveano consultate, intanto sono state radicalmente guarite coll' uso interno od esterno de'rimedj fortificanti, ed assorbenti: l'injezione continuata con un' infusione di china-china nell' acqua di calce sola, oppure mescolata coll' ossimele ramato (*unguentum aegyptiacum*), ed un poco della tintura di mastice, di mirra, o di assa fetida, produce alcune volte in questo caso de' mirabili effetti.

Fa d' uopo qui osservare, che se le ulceri della vagina sono assai grandi, accade qualche volta che cicatrizzandosi l' orificio, o la cavità della vagina si viene a contrarre considerabilmente. Si deve dunque aver cura in questi casi, per prevenire questi ristringimenti, di lasciar portar all' ammalata costantemente durante la cura un pessario nella vagina.

Se la materia, che emana dalle ulceri, è acre a segno che corroda, o minacci d' escoriare la pelle, bisogna ricorrere di buon' ora al cerato bianco, o a qualche altro linimento dolce, applicato due o tre volte al giorno per difendere le parti.

Se lo scolo proviene da un ascesso, formato in una dell' ovaja, ciò che accade alcune volte, tutti i rimedj sono inutili, ed allorchè gli sforzi della natura non possono procurare la guarigione, un abile chirurgo non deve esitare a proporre l' estirpazione

dell' ovaja, ch' è il mezzo più sicuro onde sottrarre l' ammalata dalla morte. L' istoria della medicina ci offre molti esempj de' buoni successi di quest' operazione, e prova, che le donne hanno vissuto molti anni appresso in perfetta salute. Questa operazione fu fatta recentemente, con altrettanto di successo che prudenza, da M. Laumonier, chirurgo maggiore dell' ospedale di *Rouen*, e ne ha consegnato l' interessante storia in uno de' volumi della Società di medicina di Parigi.

Riguardo alle ulceri veramente cancrenose delle parti genitali de' due sessi, come anche delle altre parti del corpo, la materia medica non fornisce, per quanto si sappia, alcun rimedio per guarirle. La cicuta, come tutti gli altri medicamenti, che si sono vantati finora per la guarigione de' cancri, non sembrano essere, che frutti dell' errore, e della cattiva fede di quelli che gli hanno raccomandati. La operazione sola può guarire li cancri radicalmente, allorchè vi si ricorre a tempo, e che la situazione del male lo permette; ed un medico onesto non prescriverà giammai de' rimedi incerti, per lusingare la speranza dell' ammalato, e fargli perdere così il momento di applicare il solo che sia certo, cioè l' estirpazione fatta a tempo, allorchè essa può avere luogo.

Delle fistole sifilitiche.

Trattando delle ulceri sifilitiche, dobbiamo dire qualche cosa sulle fistole, che non sono altro che le ulceri penetranti profondamente nel tessuto cellulare con uno o più orifizj callosi. La loro sede è per lo più sovente alle inguini, al perineo, all' ano.

Ordinariamente accadono in seguito di un bubone mal trattato, o di un ristringimento in qualche parte dell' uretra, che non sarà stata distrutta a proprio tempo, o perchè l' apertura esterna di un' ulcere, non essendo stata assai larga, si sarà cicatrizzata priachè l'interno dell'ulcere si fosse guarita. L' orina arrestata nelle disurie forma spesso un'infiammazione, ed una suppurazione, ed in seguito degli stravasamenti nel tessuto cellulare, che si chiamano seni, allorchè esse non hanno l' apertura all' esterno, e fistole o ulceri fistolose, allorchè queste aperture si sono formate. I sintomi febbrili, che compariscono dietro le fistole, sono simili a quelli, che sieguono i buboni interamente sintomatici, e non cessano che colla guarigione della fistola. La marcia si forma prontamente in queste parti, ed un cataplasma emolliente, applicato per qualche ora, ammollisce ben presto la durezza, e la dispone all' ascesso. Allorchè l'ascesso è formato nel perineo, bisogna prontamente aprirlo, per evitare la fistola.

Independentemente dal mercurio amministrato all' interno, e dall' uso continuato delle candelette, che

spesso guariscono radicalmente le fistole, si deve sperimentare l' uso de' bagni caldi, continuati tutti i giorni per mesi, e le lozioni, che noi abbiamo di sopra raccomandate in forma d' injezioni: ma pria di tutto bisogna tentare di rendere l' apertura della fistola più grande che sarà possibile; questo mezzo guarisce molte volte la fistola, senza che vi sia di bisogno di ricorrere ad altri rimedj. Una candeletta introdotta nella fistola produce alcune volte una suppurazione, che porta seco la guarigione: ma se questi mezzi non riescono, l' operazione diviene necessaria. Intanto non devesi giammai praticarla, pria d' aver pienamente sradicato dalla massa generale il virus sifilitico, di cui trovasi ella infetta.

Se la fistola si guarisce presto, e perfettamente dietro l' operazione, questo è un segno certo ch' è stata ben eseguita, e che l' ammalato è stato radicalmente guarito dalla lue venerea.

Per fare quest' operazione conviene che l' ammalato sia coricato sull' orlo del letto, e sul lato; che abbia le cosce elevate, e che un assistente gli tenga le ginocchia ben stabili, nel mentre che un altro allontana le natiche l' una dall' altra. Se sotto l' operazione si fosse tagliata un' arteria, ciocchè ce lo indicherebbe l' emorragia, l' assistente applicherà della filaccica sulla ferita, e la premerà per due ore. Bisogna che la fistola sia aperta fino al suo fondo, di modo che tutta l' ulcere sia esposta alla veduta. Ma si deve aver cura di non tagliare che il meno ch' è possibile della parte sana della superficie interna

dell' uretra. Negli uomini s' introduce una tenta nell' uretra, ed un bistori nella fistola per trovare il luogo dell' ascesso primitivo. Se si potesse fare incontrare la tenta ed il bistori, bisognerebbe tagliare fino a che tutto il canale fistoloso fosse aperto, ed anche a traverso tutto il seno che vi conduce. Se l' ascesso ha la sua sede vicino alla prostata, è spesso necessario di tagliare nell' uretra le due parti laterali del ristringimento, ed allora una gran parte dell' uretra essendo scoperta, la guarigione della costrizione della stessa sarà più facile. Bisogna in questo caso tenere costantemente nell' uretra un catetere, o una sonda scannellata, onde accelerare la guarigione della fistola, o del seno aperto. Si è intanto osservato, che vi ha un tempo limitato per tenere la sonda, o la candeletta nell'uretra, al di là del quale invece di accelerare, e di facilitare la guarigione impedisce la cicatrizzazione dell'ulcere. Bisogna dunque ritirarla appena che l' ulcere diviene stazionaria, e non introdurla che qualche volta. Ma dopo che la guarigione è finita, è assai espediente lasciare all' ammalato continuare l' uso delle candelette per un certo dato tempo. Conviene finalmente medicare l' ulcere fino al suo fondo, per prevenire la riunione delle parti, che sono state tagliate, affinchè la rigenerazione parta dal fondo, e procuri una buona cicatrice. Del resto tutto ciò che si è detto sul trattamento delle ulcere sifilitiche, è applicabile a quello delle fistole.

La *fistola lagrimale*, che procede dal virus sifilitico, fissato nel sacco lagrimale, fornisce qualche

volta uno scolo puriforme giallo-verdastro, simile a quello, che esce dall' uretra nella blennorragia: in alcuni casi, in cui sono state trascurate, o irritate da un cattivo trattamento, si forma una vera ulcere, o come Pott ha ben osservato, la cavità del sacco lagrimale si riempie di un fungo molle, e di cattivo carattere, che sparge molte sanie.

De' buboni sifilitici.

S'intende oggidì per la parola *bubone*, o *poulaïn*, un gonfiamento d' una glandula linfatica qualunque, tendente alla suppurazione.

I tumori delle glandule inguinali erano conosciuti dagli antichi, e si trovavano designati sotto il nome di *struma*, e di *phygethlon*. Ma alle scoperte principalmente degli anatomici moderni sul sistema linfatico noi dobbiamo l'esatta conoscenza dell'origine, e della natura dei detti tumori.

Ancorchè questi tumori possano nascere in tutte le parti del corpo, dove vi sono glandule linfatiche, noi non abbiamo alcuna osservazione autentica, che provi che il virus sifilitico abbia mai attaccate altre glandule linfatiche, che quelle delle inguini delle ascelle, e dell' estremità; da dove viene la distinzione in buboni sifilitici *inguinali*, *subascellari* ec. I primi sono i più ordinari, perchè le parti genitali sono le più frequentemente esposte al contatto, ed all' assorbimento del virus sifilitico, e perchè le glandule delle inguini, essendo le glandule le più vicine di

queste parti, sono anche le più esposte all' azione dello stesso veleno.

I buboni pajono sovente derivare dal virus fissato alla superficie del corpo, ed irritano semplicemente in questa parte gli orificj de' vasi assorbenti, che terminano in queste glandule, senza essere da loro assorbito; gli orificj di questi vasi essendo irritati, producono un tumore nella glandula linfatica la più vicina, alla quale terminano, ciocchè dà luogo ad una distinzione essenziale nella pratica tra i buboni *idiopatici*, ed i buboni *simpatici*. Ne' primi la causa del male esiste nella glandula stessa; nei secondi è fuori della glandula. Per essersi trascurato di dare a questa differenza un'attenzione particolare, quanto esige l' importanza del soggetto, si sono commessi e si commettono tuttavia de' gravi errori nella pratica. Questa distinzione essendo fondata sopra de' fatti i più evidenti, è assolutamente necessaria per regolare il metodo che bisogna seguire nel trattamento di questi tumori.

Si presenta ancora un' altra differenza di buboni. E' sembra che una materia acre esistente nel corpo può venire a deporsi in queste glandule, per la via della circolazione del sistema arterioso, per una specie di metastasi. I buboni pestitenziali, e scrofolosi sembrano provenire frequentemente da questa causa.

Dietro queste osservazioni bisogna dunque distinguere i buboni in *primitivi*, od *originarii*, ed in *secondarii*, *costituzionali*, o *sintomatici*, cioè a dire in buboni provenienti da un' infezione immediata, ed

in buboni, che si suppongono prodotti dal virus, che si depone dalla massa generale nella glandula, distinzione, che, come noi vedremo più basso, sembra avere la sua utilità nella cura.

L'esperienza conferma che i buboni idiopatici provengono non solamente dall'assorbimento del virus sifilitico da un'ulcere delle parti genitali, ma ancora da ogni ulcere sifilitica di qualunque parte, sia dell'estremità superiore, o inferiore del corpo.

I buboni simpatici devono la loro origine, come si è avvertito più sopra, non all'assorbimento del virus sifilitico, ma ad una irritazione degli orifizj dei vasi assorbenti della vicinanza.

Si sa che i buboni simpatici si dissipano spontaneamente subitochè si è distrutta la causa irritante, che è nella loro vicinanza; e questa è sicuramente quella specie di buboni, che i ciarlatani coi loro pretesi unguenti o empiastri secreti sembrano alcune volte dissipare in pochi giorni.

I buboni provengono anche alcune volte da un immediato assorbimento, senza essere preceduti da alcuna escoriazione, nè da alcun'ulcere alle parti genitali, o a qualche parte della superficie del corpo.

Non si deve punto obbliare riguardo ai buboni la osservazione generale, che abbiamo fatta relativamente a tutte le malattie sifilitiche; cioè di ben distinguere i buboni veramente sifilitici da quelli, che provengono da ogni altra causa, o materia acre; tali sono p. e., il virus scrofoloso, il miasma pestilenziale ec.

È opportuno di fare anche un' altra distinzione di buboni, che sembra della più grande importanza nella pratica, dividendoli in tonici ed atonici; ne' altre denominazioni possono meglio convenire a queste due sorti di buboni.

Il bubone che chiamasi *tonico*, è accompagnato da sintomi evidenti di flogosi, o d' infiammazione, che sono anche spesso violenti, ed accompagnati da un polso frequente, pieno e forte. Nei buboni che si nominano *atonici* si osserva precisamente il contrario. Tutt' i sintomi denotano un gran grado di debolezza, o d' irritabilità, e spesso sono accompagnati da un polso debole, ed acceleratissimo. La febbre nell' una e nell' altra specie di questi buboni è sintomatica, ed indica chiaramente la natura della malattia principale. Nella prima l' infiammazione e la suppurazione sono limitate alla glandula, e marciano rapidamente: nella seconda i progressi sono deboli, e lenti; o se questi progressi sono rapidi, si è che l' infiammazione, e la suppurazione si estendono alle parti vicine. Il bubone tonico è rosso; il bubone atonico è di un colore livido.

Metodo curativo.

Ogni pratico illuminato tenterà sempre di risolvere i buboni idiopatici, più presto che gli sarà possibile, per qualunque metodo si sia, purchè l' infiammazione non sia portata al più alto grado, o che non siano già comparsi de' segni di suppurazione. Il metodo il

più efficace per risolvere i tumori di questo genere, come si è detto, è di fare le frizioni mercuriali all' interno della coscia, o della gamba, o sotto la pianta del piede, al lato affetto. S'impiega per quest' oggetto l' unguento mercuriale grigio, ordinario, fatto con parti eguali di grasso di porco, e di mercurio, o l' unguento preparato col grasso, e protocloruro di mercurio. Cirillo a Napoli ha prescritto ancora per l' istesso uso il dentocloruro di mercurio, triturato col grasso in forma d' unguento. Le esperienze fatte in seguito colla pomata ossigenata pell' istesso fine non hanno dato alcun risultato soddisfacente.

Se i sintomi infiammatorj sono violenti, è assai utile senza dubbio di fare un salasso generale, o locale, e d' impiegare un regime rinfrescante; ma ciò non deve rimuovere dal tentare la risoluzione del bubone per mezzo dell' indicato metodo. Swediaur teme con alcuni autori di aumentare l' irritazione del virus sifilitico collo stimolo del mercurio: perchè mentre noi giungiamo a far entrare nella glandula una certa quantità di mercurio, si osserva che l' irritazione causata dal virus è calmata, e dissipata da questo rimedio.

Per far passare il mercurio, o per gl' istessi vasi assorbenti che il virus avea attraversati, o anche vicino, per quanto è possibile, a questi stessi vasi, e per ottenere il più gran vantaggio da' suoi effetti, bisogna che la superficie, sulla quale si applica, sia grande per quanto è possibile.

I buboni dell' inguine hanno dei segni differenti secondo la differente posizione delle glandule inguinali. Per ben comprendere ciò, il giovane medico farà bene a consultare le tavole anatomiche di Mascagni. Nella maggior parte dei casi sono i vasi assorbenti della verga, in altri quelli delle inguini, o della coscia, che hanno portato il virus alla glandula. Queste osservazioni c' indicano i luoghi, dove bisogna applicare di preferenza le frizioni mercuriali, per operare la risoluzione.

Allorchè la sede del bubone è in una delle glandule inguinali superiori, noi giudichiamo che l' assorbimento si è fatto per la verga; e sarebbe in conseguenza utile, oltre le frizioni sulla coscia, che l' unguento mercuriale fosse costantemente applicato allo stesso membro, per mezzo di un picciolo sacco come è stato indicato nel trattamento delle ulceri. Il movimento che si fa durante l' esercizio ordinario del giorno, eccita uno strofinamento di questa parte, che favorisce utilissimamente l' assorbimento del mercurio. O puramente si può meglio applicare il protocloruro di mercurio in polvere colla saliva, tra la ghianda ed il prepuzio. Se il bubone è nella parte inferiore dell' inguine, la gamba, e la coscia ci presentano una larga superficie per le frizioni. Allorchè il bubone è situato alla parte inferiore del ventre, oltre le frizioni, che si fanno sulla gamba, e la coscia, bisogna anche farne sulla verga, sullo scroto e all' inguine.

La sede dei buboni inguinali nelle donne, essendo

per lo più vicina al legamento di Poupart, o tra le grandi labbra, e la coscia, o nell' inguine, oltre le frizioni sulle cosce, è molto a proposito d' applicare il protocloruro di mercurio costantemente all' interno, ed all' esterno delle grandi labbra.

Se la glandula linfatica dell' avanti-braccio è la parte affetta, bisogna fare le frizioni sulla mano, e sulla giuntura, dove la mano si unisce col braccio; e se è quella dell' ascella, bisogna applicarle sopra tutto il braccio, e sul gomito.

Ma poichè l' oggetto di queste frizioni è di procurare una risoluzione, e che il loro successo è conseguentemente limitato ad un picciolo numero di giorni, bisogna non solamente farle con molta diligenza ed attenzione, ma bisogna ancora, se le circostanze lo permettono, replicarle due volte al giorno. S' impiegherà la dose di quattro gramme (una gramma) di unguento mercuriale per ciascuna volta. È assai utile il continuare queste frizioni, dopochè il bubone è scomparso, ed anche fino a quando la bocca sarà affetta.

Se malgrado i nostri tentativi, e le nostre attenzioni non ci riesce di risolvere il bubone, e che la suppurazione si forma, le frizioni mercuriali non possono partorire de' cattivi effetti, almeno per quanto Swediaur potè osservare; ed ei non comprende, come alcune frizioni fatte nello spazio di quattro, o cinque giorni (poichè non si deve sperare di risolvere un bubone colle frizioni dopo questo tempo) potrebbero divenire la causa di un' ulcere maligna, come alcuni

scrittori l'hanno avanzato. Ei confessa che questo timore gli sembra chimerico, ed unicamente fondato sopra questa opinione teoretica, che il *mercurio non risolve i buboni, se non perchè agisce sopra tutto il sistema del corpo*. Quest' opinione è evidentemente contraddetta dalla sperienza giornaliera.

Oltre le frizioni mercuriali, vi sono altri mezzi per risolvere i buboni. Questi sono una dieta severa, i catartici, l' applicazione della neve, o del ghiaccio, o di un cataplasma freddo fatto colla midolla di pane, e con una dissoluzione di piombo nell' aceto, o finalmente i pannilini bagnati nell' ossicrato, ed applicati in tutte le ore. Se questi mezzi non riescono, s' impiega alcune volte con successo l' emetico replicato per due o tre giorni; pel qual mezzo è più volte riuscito a risolvere de' buboni vicini a venir fuori. Se l'infiammazione è considerevole, è qualche volta utile di far precedere un salasso generale; in altri casi ostinati la decozione della corteccia del *daphne mezereum*, presa internamente per qualche giorno, ha prodotti gli effetti desiderati. In simili casi si è anche con qualche successo impiegata l'applicazione delle ventose secche sulla glandula gonfiata nell' infermeria di Edimburgo.

Nooth assicura d' aver veduto, in molti casi, prodotta la risoluzione del bubone per mezzo di una frizione fatta col linimento ammoniacale sul bubone, ed attorno della glandula ripetuta una, o due volte al giorno, per otto o dieci in ciascuna volta.

Durante tutto il tempo che si cerca la risoluzione

di un bubone, l' ammalato deve astenersi dall' esercizio, e limitarsi ad una dieta strettissima, poichè un regime contrario tenderebbe ad aumentare l' infiammazione.

Se quattro o cinque giorni dopo l' uso delle frizioni ben fatte, il bubone non si risolve, o se perdesi la speranza di risolverlo, bisogna rinunciare alle frizioni mercuriali, ed anche cangiarne la cura.

Si conosce che il bubone non si risolve, allorchè il tumore continua ad ingrossarsi, e che diviene rosso, e doloroso, ancorchè si siano impiegate per quattro o cinque giorni le frizioni mercuriali, o altri risolventi. Tostochè si vede che tutt' i tentativi che si son praticati per procurare la risoluzione, sono inutili, bisogna impiegare i mezzi necessarj per eseguire una suppurazione, per quanto benigna e pronta che sarà possibile. Frattanto qui s' incontrano spesso delle grandi difficoltà. I buboni sono sì differenti gli uni degli altri, che il trattamento che l' uno esige per arrivare ad una blanda suppurazione, cagionerà frequentemente in un altro delle conseguenze pericolose, ed alcune volte fatali.

È qui soprattutto, che noi avremo l' occasione di apprezzare la distinzione dei buboni in tonici, ed in atonici.

Nella prima specie, ch' è veramente infiammatoria, i sintomi dell' infiammazione fanno spesso de' gran progressi, e sono sì violenti, che qualche volta minacciano la cancrena. In questo caso tutt' i nostri sforzi devono tendere a moderare, ed a diminuire

l'infiammazione. Nel bubone atonico al contrario noi vediamo dominare i sintomi di una grandissima irritabilità: la febbre sintomatica forte, il polso debole e celere, le forze abbattute, la glandula allora è di un colore livido, ed il gonfiamento assai esteso. In questo caso bisogna calmare l'irritazione, e sostenere le forze dell'ammalato con un regime fortificante, coll'aria libera, e secondo le circostanze, coll'oppio, col vino, e colla china-china. Negli altri casi non vi sono questi sintomi febbrili: il polso è debole; i progressi del gonfiamento sono lenti; la glandula resta dura, indolente; ella non mostra alcuna disposizione ad infiammarsi, o a suppurarsi. In questo caso bisogna irritare, e stimulare la glandula, per procurare una suppurazione, o un assorbimento con dei rimedj esterni applicati sulla stessa glandula, come, per esempio, le frizioni mercuriali, il linimento ammoniacale ec., che si alterneranno con i ripetuti catartici.

Dopo che noi invano abbiamo tentato la risoluzione del bubone, o se noi siamo chiamati, allorchè l'infiammazione ha diggià fatti de' grandi progressi, la nostra cura deve essere di facilitare la natura nel suo lavorio della suppurazione. A tal effetto il medico deve poco agire in più casi, o anche non oprar niente, se il grado dell'infiammazione è tale quale bisogna per produrre una suppurazione pronta e benigna. Nella maggior parte di questi casi un semplice cataplasma fatto colla midolla di pane, col latte, e con un poco d'olio, o un empiastro emolliente applicato alla parte, è bastante.

In caso che i sintomi dell' infiammazione fossero assai violenti, ciocchè spesso osserviamo negli uomini forti e robusti, bisogna fare una larga emissione di sangue, e ripeterla secondo le circostanze; o piuttosto applicare delle sanguisughe ai contorni del tumore; oppure fare delle scarificazioni, e nel tempo stesso prescrivere un regime antiflogistico assai severo.

Al contrario, nel caso in cui i sintomi dell' irritabilità siano assai dichiarati, come accade spesso nelle persone delicate, ed irritabili; allorchè la febbre sintomatica è assai notabile, il polso troppo celere e debole; quando il gonfiamento invece di essere circoscritto, diviene assai esteso, e di un color rosso livido; il regime antiflogistico, in vece di sollevare, aumenterà il male; le evacuazioni generali, in luogo di essere utili, diverranno realmente pregiudicievoli. Bisogna piuttosto in questo caso permettere all' ammalato di prendere molto più di alimento, e di fare un uso moderato di vino; bisogna amministrargli la china-china, e dargli qualche dose di oppio in tutte le sere, o almeno ogni due giorni, ed applicare nel tempo stesso le fomentazioni spiritose: tali sono in queste circostanze i rimedj li più convenevoli. E' debbesi qui fare un' osservazione generale, ed è di non giammai amministrare il mercurio internamente, e meno ancora esternamente sulla parte affetta (eccettuato sotto aspetto di frizioni, come noi l' abbiamo raccomandato più sopra per tentare la risoluzione) durante lo stato infiammatorio di un bubone

e di ogni altra affezione sifilitica. Swediaur non ha giammai osservato, che il mercurio abbia fatto il minimo vantaggio in questo periodo: al contrario ha spesso veduto, che produceva de' cattivi effetti, soprattutto allorchè s'impiegava in frizioni sulla glandula infiammata.

Allorchè il bubone è piuttosto di un carattere indolente, che i suoi progressi sono assai lenti, e che non è accompagnato da febbre, come si osserva frequentemente nelle costituzioni spossate, ed indebolite, o nelle persone avanzate in età; dopochè per favorire la risoluzione, si sono invano tentati tutt' i mezzi, si può tentare l'applicazione di un cataplasma della radice di *atropa mandragora*; e se ciò non riesce, bisogna amministrare il mercurio con una dieta molto nutritiva, e coll' uso del vino. Alcune volte si provano de' buoni effetti dalla china-china col vino, o da altri rimedj fortificanti, ed aromatici, ai quali si può aggiungere l'applicazione locale degli stimolanti più o meno attivi, come l' empiastro colle gomme, o un cataplasma di cipolle arrostite, o bollite nell' olio, il linimento ammoniacale, il caustico, ec.

Nel caso che i buboni siano accompagnati da sintomi scrofolosi, o scorbutici, non bisogna giammai amministrare il mercurio, ma insistere sull' uso de' rimedj convenevoli per l' una, o l'altra di queste malattie.

Allorchè o per questi mezzi, o per qualunque altro metodo, il bubone tonico, o atonico è finalmente

venuto a suppurazione, più autori consigliano di aprire l' ascesso colla lancetta, e col caustico. Swediaur è di parere, che in molti casi val meglio lasciar oprar la natura.

Nondimeno s' incontrano de' casi particolari, nei quali è molto a proposito di ajutare la natura, o dilatando l' apertura ch' ella ha fatta, o facendo un' apertura artificiale. Vi sono anche de' buboni che restano indolenti, divenendo duri, e che non mostrano alcuna disposizione per la suppurazione. In questo caso, soprattutto se l' ammalato si trascura, il bubone diviene scirroso, oppure allora termina sovente in un' ulcere di pessima indole. Per prevenire quest' accidente bisogna ricorrere ai rimedj stimolanti, o irritanti; un empiastro di gomma assai largo, e bene spesso, applicato alla glandula così indurata, produce alcune volte un effetto eccellente. Nei casi molto ostinati si applica spesso con successo un picciolo pezzo di nitrato d' argento fuso, della grandezza di un picciolo pisello, al mezzo della glandula indurita, vi si lascia per due o tre ore, e dopo aver tolto ciò che resta, si medica l' escara con un poco d' unguento, e si applica o l' istesso empiastro di sopra menzionato, o secondo le circostanze un cataplasma emolliente, che si continua fino a tanto che il tumore siasi interamente fuso.

In tutt' i casi, tostochè l' ascesso è rotto, si forma un buco nell' empiastro a fronte dell' apertura dell' ascesso, per lasciare una libera uscita alla marcia,

applicando sopra quest' apertura della filaccica, o un pezzo di spugna fina, che si ricopre con un pezzo di tela, o di un empiastro agglutinativo. Le stesse regole devono essere osservate in tutti i buboni aperti dalla natura, o dall' arte

Ma non basta di dare uno scolo libero alla materia purulenta; bisogna anche impedire, ch' essa non produca de' seni o fistole, penetrando nel tessuto cellulare dell' inguine, o verso le parti laterali, o inferiori della coscia. Per prevenire questo accidente, bisogna medicare l'ascesso due o tre volte al giorno, premendo dolcemente le parti circonvicine della glandula affetta, verso il centro, affine di evacuare in ogni volta tutta la materia: in caso che ciò non basti, bisogna cercare di ottenere l' istesso effetto con una compressione, e con una fasciatura appropriata.

Allorchè la grandezza del tumore, e la violenza de' sintomi fan temere la mortificazione, bisogna applicare a tempo i rimedj più attivi per prevenire questo fastidioso accidente: ed è in queste circostanze che bisogna ben distinguere lo stato dell' ammalato, e la natura della malattia, per servirsi, o del metodo puramente antiflogistico, o dei rimedj fortificanti, e calmanti, secondo che i sintomi della vera infiammazione, o quelli della debolezza, o dell' irritabilità predominano.

Quando l' ascesso è stato aperto dalla natura, o dall' arte, la malattia si chiama allora bubone ulcerato nel di cui trattamento non bisogna giammai perdere di veduta le distinzioni che si sono stabilite

più sopra, se non vogliamo essere ingannati del successo.

Non si può prescrivere alcun metodo generale pel trattamento di un bubbone ulcerato. Il medico deve esser diretto dalla natura della malattia, dallo stato, e dalla costituzione dell' ammalato. Se questo è vigoroso, e senza febbre, se la marcia è di una buona consistenza, e di una natura dolce, sembra non esservi bisogno di applicare alcun topico sulla piaga: basta di coprirla colla filaccica, e di medicarla con una spugna, come si è avvertito più sopra, parlando delle ulceri sifilitiche, affin di facilitare per quanto è possibile lo scolo della materia; ed in caso che vi resti qualche durezza, la continuazione dello stesso cataplasma che avea favorita la suppurazione, solleciterà più la guarigione che non farebbe ogni altro rimedio.

Se si giudica a proposito di amministrare il mercurio, si faranno le frizioni mercuriali sulla parte ammalata; o si darà secondo le circostanze il mercurio internamente, tanto per guarire l' ulcere, che per distruggere gli effetti prodotti nella costituzione dall' assorbimento del virus contenuto nell' ulcere.

Vi sono altre specie di buboni ulcerati, che i pratici hanno intieramente trascurati, o ai quali essi non hanno fatta almeno finora la dovuta attenzione. Alcune volte l' ascesso, invece di guarire, sembra restare per più settimane nello stesso stato, malgrado che siasi continuato l' uso del mercurio, oppure sembra rilassato, o molle: lo scolo diviene abbondante,

chiaro, ed icoroso, e nel tempo stesso la salute dell' ammalato, invece di migliorare, peggiora di giorno in giorno. Queste circostanze esigono tutta l' attenzione, e tutto il genio del medico; si ha torto di ostinarsi ad attribuire i sintomi all' inefficacia della preparazione mercuriale, che sinora si è impiegata, e di ricorrere in seguito ad un' altra, eccetto i casi intieramente evidenti: bisogna piuttosto ricorrere ad un trattamento differente; val meglio ascoltare, o scandagliare la voce della natura, e non insistere di vantaggio sull' uso di un medicamento, che non produce alcun buon effetto. L' ulcere non esige sovente in questo caso altra cura che un' injezione, o applicazione di una dissoluzione di solfato di zinco, o di rame, canforata: o secondo le circostanze, una fomentazione colla china-china. Bisogna coprire la piaga con della filaccica fina, o con un pezzo di spugna dolce, affinchè la materia possa liberamente uscire, e si unisce l' apparecchio con un pezzo d' empiastro agglutinativo. È in questo caso che l' oppio somministrato a grandi dosi è anche spesso estremamente utile. Bisogna pensare seriamente d' impedire, che la coscia non sia escoriata dalla materia acre che emanano queste ulceri: ciocchè si ottiene con un poco di cerotto bianco applicato sulle parti vicine.

Bisogna amministrare internamente la decozione di salsaparilla, col sulfuro di antimonio nero, o la polvere di salsaparilla col latte, o finalmente, secondo le circostanze, una decozione di china-china nel latte, se questo conviene allo stomaco dell' ammalato.

Nelle ulceri di questa specie, che chiamansi comunemente fagedeniche, si sono appunto osservati talvolta dei grandi vantaggi dall' applicazione esterna di una soluzione di solfato di rame, o dall' uso della fasciatura serrata: metodo che ha avuto molto successo nelle ulceri della stessa specie che attaccano le gambe. In alcuni casi di questa sorte si è trovato anche assai utile l' uso interno dell' oppio; in altri quello della decozione della scorza del *daphne mezereum*, presa egualmente all' interno. La dieta deve essere nutritiva; bisogna dare del buon vino agli ammalati; aver gran cura che la loro abitazione sia salubre; far loro respirare l' aria libera e pura della campagna; prescriver loro un esercizio moderato, e far uso de' bagni di mare, naturali, o artificiali.

L' ulcere icorosa della glandula inguinale è qualche volta accompagnata dai sintomi generali di scrofole: ed è probabilmente in questo caso, che si è trovato utile l' uso esterno della cicuta, unito ai bagni di mare. L' idroclorato di calce raccomandato da Fourcroy (nelle memorie della Società Reale di medicina di Parigi) merita tutta la nostra attenzione in questo caso, come anche l' idroclorato di barite raccomandato da *Crawford*.

Nei buboni ulcerati ostinati, accompagnati dai sintomi di scorbuto, si è impiegato con molto successo il succo di aranci, e di limoni a larghe dosi, come pure il succo delle piante antiscorbutiche.

Bisogna cercare d' impedire la formazione de' seni e delle fistole, che vengono qualche volta appresso

simili ulceri, medicando regolarmente, ed avendo cura di far prendere una posizione convenevole allo ammalato nel suo letto, e di far uscire la materia mattina e sera, esercitando una pressione dolce, ma esatta attorno dell' ulcere, ed applicando in seguito una fasciatura un poco fortemente stretta.

Se si sono formate delle fistole, o seni attorno di un bubone ulcerato, e che resistono alle injezioni, delle quali si è parlato in altro luogo, ed alla fasciatura stretta, bisogna impiegare il gamautte. Frattanto esse non accadono, che rare volte, o non mai, se il chirurgo è attento alla posizione dell' ammalato, se dilata l'apertura a tempo, se medica l'ulcere nella maniera, che si è indicato nel luogo superiormente mentovato, e se l' ammalato si conforma esattamente ai suoi ordini.

Il bubone si apre qualche volta, tuttochè una parte della glandula sia ancora dura, e gonfiata. Si rimedia a questo accidente coi catartici ripetuti, e coll' applicazione dei rimedj, che sono in generale utili nei buboni induriti. Tali sono le frizioni col protocloruto di mercurio nella saliva, o coll' unguento mercuriale sulla parte affetta, e l' empiastro di gomme-resine. La filaccica impregnata nell' olio di trementina, ed applicata sulla glandula indurita è alcune volte assai efficace. Questo stesso rimedio riesce anche qualche volta nelle ulceri, che rendono una materia icorosa. Ma se l'ulcere ha un buon carattere, basterà applicare un poco di filaccica, ed un semplice cataplasma per fondere il resto della durezza.

La cancrena attacca alcune volte i buboni, o perchè l'infiammazione è stata assai violenta o più frequentemente perchè sono stati maltrattati, o perchè non sono stati aperti a tempo; ciò accade particolarmente nelle costituzioni irritabili, o presso gli ammalati scorbutici. La cattiv'aria degli ospedali vi contribuisce, e diviene spesso funesta a questi ammalati. L'uso del mercurio porta, o aumenta in questo caso la mortificazione, sebbene la causa della malattia sia stata primitivamente il virus sifilitico. L'oppio dato a dosi generose internamente, come anche la china-china, conviene spesso in questo caso; e la china-china sola, o nel tempo stesso la canfora disciolta nell'aceto, sono riguardate come i migliori rimedj esterni. La polvere della radice di *arnica montana*, applicata all'esterno, merita anche d'essere sperimentata in queste circostanze.

Si è molto raccomandata la cicuta tanto internamente, che esternamente, per i buboni cancrenosi; tali casi sono felicemente rarissimi. Swediaur non ha mai veduto, che questo rimedio abbia operato una guarigione radicale, allorchè vi era un vero cancro: del resto niente impedisce di tentarlo. Ma in simil caso il solo metodo, che ei conosce per evitare la morte, o almeno una vita infelice, è l'estirpazione della glandula cancrenosa, se ella è praticabile, ed in questo caso non bisogna differire a lungo quest'operazione.

Bisogna seriamente distinguere i buboni inguinali da un'ernia, nella quale una parte dell'epiploon, o

delle intestina uscirà dall'anello addominale. Questa distinzione è per altro facilissima a farsi: nell'ultimo caso, il tumore è molle, e cede alla pressione, e le parti uscite dall'anello rientrano nel ventre, allorchè si rimettono con prudenza, quandochè il bubone resta immobile. Bisogna anche guardarsi di non confondere con un bubone, o con un'ernia, il testicolo ch'è restato nell'inguine senza scendere nella borsa. Swediaur ha veduto un esempio di questa svista, che per poco non divenne fatale all'ammalato.

Delle escrescenze, e delle ragadi sifilitiche.

Le escrescenze verrucose, o condilomatose, che si manifestano alle parti genitali de' due sessi, e soprattutto all'uno, erano conosciutissime dagli antichi. Noi le troviamo descritte presso gli autori Greci, Latini, ed Arabi sotto i nomi di *Ficus*, *Thymus*, *Porrus*, *Condyloma* etc.

Sebbene oggigiorno si attribuiscano tutte queste affezioni al veleno sifilitico, Swediaur non può essere di questo avviso, essendo persuaso, che le stesse cause, che hanno prodotte queste malattie nei secoli passati, agiscono, e le producono, senza dubbio, anche spesso a' nostri giorni.

Le ragioni che sembrano aver determinati i pratici moderni a pronunciare che tutte queste escrescenze sono sifilitiche, a lui non sembrano esser fondate, che sopra lo stesso principio generale, che loro ha fatte riguardare come sifilitiche tutte, o quasi

tutte le malattie delle parti genitali : principio , di cui è stata affatto dimostrata la falsità , e di cui se ne disingannerà senza dubbio , a proporzione che si applicherà più attenzione , e più lumi nel trattamento di tutte queste malattie. Essi appoggiano ancora la loro opinione sull' osservazione che queste escrescenze si guariscono coll' uso del mercurio.

Ma , sia che questi mali debbano la loro origine al virus sifilitico , o che provengano da un' altra causa, debbonsi generalmente riguardare come semplici malattie locali , ed in questo caso , per la maggior parte , facilmente cedono ai rimedj topici.

Frattanto alcune volte devono la loro origine ad una generale infezione sifilitica del corpo , ed altre volte son complicate con questo virus , ed allora non cedono ai rimedj locali , che in seguito di un trattamento mercuriale completo.

La parola *condiloma* viene dal greco Κονδύλη, *tuber* , *s. tumor ex ictu* : ciò che ci dovrebbe rendere attenti riguardo la sua origine. Il condiloma è una protuberanza , o escrescenza solida , indolente , che si osserva comunemente all' ano nei due sessi ammalati , più di rado alle grandi labbra , ed all' orificio della vagina nelle donne, o alla verga negli uomini.

Questa carnosità spongiosa e fungosa è di una figura irregolare , alcune volte picciola , altre volte di un gran volume , lasciando trasudare dalla sua superficie un umore , o una materia icorosa fetida. Il condiloma alcune volte diviene durissimo : ma in generale lo è meno che le cartilagini , e più che la carne.

I moderni confondono spesso questa malattia colle vescichette cristalline, o escrescenze aciniformi trasparenti, che si riguardano come una varietà del condiloma.

La causa prossima del condiloma è un' infiammazione della membrana mucosa, o cellulare con un' estensione della sua sostanza.

Le cause di questa infiammazione sono lo strofinamento, la compressione, o un colpo violento sopra queste parti, ovvero l' erosione causata o dal virus sifilitico, o da qualunque altra acrimonia.

Bisogna distinguerlo, 1.° dalle varici dei vasi emorroidali protuberanti fuori del retto, e dai tumori varicosi che avvengono alcune volte alle vene nell' interno delle grandi labbra nelle donne; 2.° dallo stravasamento del sangue nella membrana cellulare all' intorno dell' ano, accompagnato spesso da una estensione, o escrescenza della membrana mucosa che allora comunemente chiamasi *crista galli*, *crista ani*, o *marisca*; 3.° dalle escrescenze verrucose conosciute sotto i nomi di *thymus*, *ficus*, *verruca*, *porrus*, *myrmecion*.

Il timo (*thymus*, o *thymion* di Celso) è una escrescenza, o porro, la di cui radice è generalmente picciola, il corpo divenendo più grande, ed indurito, e la di cui superficie è assai aspra. Sulla sua sommità formasi spesso una fissura che tramanda sangue. Il timo è generalmente grande come una fava, alcune volte più piccolo, rare volte più grande, e mostrasi, secondo Celso, in differenti parti del

corpo, principalmente nella palma delle mani, e nella pianta de' piedi. I più pericolosi sono quei che vengono alle parti genitali, e che tramandano facilmente sangue. Sembra che gli antichi gli abbian dato questo nome a motivo della rassomiglianza del suo colore con quello del fiore del timo. Si chiama anche spesso *ficus*, o *sycoma*, *s. sycosis*, dal greco Σῦκον fico.

Sotto il nome di *verruca* (*verruca*) s'intende generalmente un'escrescenza più o meno dura, ed aspra sulla sua superficie.

Il porro (*porrus*, *seu myrmecium*) è una escrescenza verrucosa alle parti genitali, ora umida, ora secca, alcune volte dolorosa al tatto. Quando la sua figura, e la sua grossezza si approssimano a quella di una mora, gli si dà il nome di *cavolofiore* a motivo della sua rassomiglianza con questo legume. Merita ancora vieppiù questo nome, allorchè si unisce a più altri, formando così una specie di gruppo.

Del resto tutte queste escrescenze differenti non mi sembrano, che varietà di una stessa specie.

È molto a proposito quì di osservare, che la causa che le produce alle parti genitali, ed all'ano, soprattutto nei ragazzi, è spesso un' acrimonia acida.

Metodo curativo.

Celso raccomanda l' applicazione degli astringenti vegetali, o minerali, e principalmente dell' ossido di rame verde, e de' caustici, o de' corrosivi nei

condilomi induriti, ed inveterati: nei casi pertinaci prescrive il risecamento, o l' ustione.

Ancorchè l' estirpazione pel mezzo del risecamento, o della legatura riesca spesso, Swediaur preferisce l' applicazione del caustico: a qual effetto si serve con successo del deutocloruro d' antimonio, o del nitrato d' argento fuso; in altri casi impiega il nitrato di mercurio liquido, o l' ossido di mercurio rosso.

Alcune volte queste escrescenze scompariscono, applicando frequentemente l' acqua fredda semplice con un pennello, o più volte al giorno dell' acqua di calce mescolata ad un poco di tintura di mirra, e di alcool canforato, e coprendole in seguito con una compressa inzuppata nello stesso liquido. La polvere di *juniperus sabina*, sola, o mescolata coll' alume fuso, o coll' ossido di ferro giallo, o rosso, è un rimedio efficacissimo. Il lodato Scrittore attesta di essersi servito con assai successo di una composizione prescritta da Plenk, che inserì nella Farmacopea sifilitica, sotto il titolo: *liquor ad condilomata*. In altri casi la dissoluzione del protocloruro di ferro nell' alcool riesce assai bene. Alcune volte un trattamento mercuriale è necessario, come si è osservato più sopra, ed allora queste escrescenze scompariscono per lo più sollecitamente. Ma di spesso esse ostinatamente resistono, e ritornano ben presto, dopo di essere scomparse: in questo caso l' estirpazione coll' uno, o coll' altro mezzo quì sopra indicato diviene necessaria. In alcuni casi ostinati i profumi mercuriali han prodotto il desiderato effetto.

I porri, e soprattutto i cavolifiori che si manifestano attorno della ghianda, sono spesso assai ostinati. Se hanno un peduncolo, è ben fatto di estirparli coll' incisione, o colla legatura, e dopochè sono caduti, di applicare qualche caustico, per distruggere le loro radici; altre volte riesce meglio di ammollire dapprincipio la loro superficie coll'unguento mercuriale, o con una fomentazione di piante emollienti, ed in seguito applicare il carbonato di potassa, o quello di soda, oppure la *tinctura protochlorureti ferri*, o il *liquor ad condylomata*, o il caustico, o secondo le circostanze, gli astringenti. Si è proposta anche l' applicazione di una dissoluzione d' oppio. Alcune volte si è riuscito a guarire questi cavolifiori ostinati all' intorno della ghianda, immergendo spesso la parte affetta in una decozione emolliente, e ricoprendola in seguito coll' empiastro di gomme.

Lo stesso trattamento conviene egualmente nelle escrescenze verrucose: bisogna in tutt' i casi, nei quali si impiegano de' corrosivi, aver attenzione di guarentire, e di difendere accuratamente le parti vicine; altrimenti si espone ad ulcerarle.

Delle ragadi, o fissure.

Le ragadi (*rhagades, seu rhagadia, dal greco* ῥάγα, *vis, impetus,* ῥαγὰς, *ruptura, scissura, rima*), sono delle fissure che si manifestano alla pelle, all' ano, alle grandi labbra delle femmine, ed alla palma della mano.

Celso raccomanda i bagni caldi generali, o locali coll' acqua calda; delle uova bollite applicate calde; degli emollienti mucilaginosi, oliosi. Swediaur ha trovato butiro di cacao, ed alcune volte l' unguento fatto col nitrato di mercurio, o l' unguento mercuriale ordinario, preferibile a tutti gli altri topici.

Della sifilide o propriamente detta malattia sifilitica.

La malattia sifilitica, o la sifilide (dalle parole greche σῦς porco, e φιλία amore, cioè a dire, amore sordido, o impuro), chiamato comunemente la *vérole*, o la *malattia venerea*, è un morbo contagioso, che a' nostri giorni si propaga solamente col mezzo del contatto immediato, e per lo più col coito. Il virus specifico chiamato sifilitico eccita generalmente, pria di produrre quella unione di sintomi, che noi designiamo sotto il nome di sifilide, delle ulceri o altri effetti sensibili alla superficie del corpo, nel luogo, dov' egli è stato applicato. Quindi sembra che viene assorbito in uno spazio di tempo più o meno lungo, nella massa del sangue, ed allora produce nelle differenti parti del corpo dell' infermo de' sintomi particolari, che oggigiorno lo caratterizzano, come sono le ulceri alla gola, le macchie rosse, o brune sulla pelle, le pustule particolari principalmente nell' estremità de' capelli, che facilmente si cangiano in ulceri crostacce, i dolori nell' ossa, il gonfiamento del periosteo, o i tumori della sostanza

stessa dell' ossa (principalmente di quei , che non sono coperti dai muscoli) , e finalmente la carie.

Si comunica oggigiorno , come dissi , almeno in Europa , soltanto per l' immediato contatto tra una persona infetta ed una persona sana: bisogna ancora per lo più, affinchè l' infezione abbia luogo , che l'applicazione della materia impregnata di questo virus resti per qualche tempo su d'una superficie sana di una parte del corpo umano.

Questa comunicazione avviene per lo più nella unione de' due sessi; ed essendo le parti genitali generalmente più esposte al contatto del virus , queste sono quelle che ne provano i primi effetti , e ne costituiscono la sede primitiva dei primi sintomi.

Questi sintomi locali sono , ne' due sessi delle picciole ulceri corrosive alle parti genitali , che a poco a poco si estendono , e spesso sono seguite da un gonfiamento delle glandule delle inguini. Dopo che uno o più di questi sintomi hanno avuto luogo , per un tempo illimitato , sopravvengono per lo più delle ulceri alle amigdale o alla gola, delle macchie o delle pustule, la maggior parte di un color bruno, o rosso oscuro , in differenti parti del corpo , ma particolarmente sul petto , o sulla fronte alla radice de' capelli : queste pustule si coprono tosto di croste gialle , e che spesso degenerano in ulceri, Se questi sintomi sono trascurati , o maltrattati , il virus attacca le ossa del palato , e quelle del naso ; dove produce de' dolori , de' tumori , delle carie in uno , o in più ossa del corpo infettato , soprattutto nell'

osso frontale, nella tibia, nello sterno, e nella clavicola ec. Tale è oggidì il cammino il più generale del virus sifilitico: alcune volte frattanto osservasi, che questo virus dal primo istante dell' infezione produce un gonfiamento delle glandule inguinali, senza esservi preceduta nè ulcere, nè alcun' altra affezione visibile alle parti genitali; ed altre volte ancora, ma più di rado, il virus è assorbito, e portato immediatamente nella massa del sangue, dove produce gli effetti, di cui si è parlato, senza che egli abbia formato nè ulcere, nè gonfiamento delle glandule iuguinali.

Un' altra via d' infezione assai frequente è quella della bocca: ed è perciò che molti ragazzi sono ammorbati dalle loro nutrici, e molte nutrici sane de' ragazzi infetti. È in questo caso particolarmente il mammellone, che d' ordinario diviene la sede della malattia: ma anche alcune volte succede, che la sifilide si comunica da bocca a bocca tra la nutrice, ed il bambino, come tra le persone adulte.

Un' altra quistione di grande importanza, che non si è per lungo tempo ardito decidere, si è, se la malattia sifilitica potesse comunicarsi ai ragazzi colla generazione, o per parlare con più esattezza, se mai un padre ammorbato potesse comunicare la malattia al feto col seme, in tempo dell' atto venereo; o se una madre infetta, avendo le parti genitali in uno stato di perfetta salute, potesse comunicare questo virus al feto nell' utero per la via della circolazione.

Un caso segnalato che si è presentato in Londra, narrato da Swediaur rischiara questo punto di dottrina, e prova che questa malattia può qualche volta passare ai bambini pel mezzo del seme, dalla parte del padre.

Un dragone della guardia del Re era affetto da un'ulcere sifilitica nella gola, che resistè lungo tempo al mercurio. Durante la cura egli abitò colla sua consorte, che non ebbe mai alcun male sifilitico, e si conservò in perfettissima salute. Il ragazzo, che fu il frutto di questa unione, fu attaccato alcune settimane dopo la sua nascita da un'ulcere sifilitica alla gola, o propriamente nello stesso luogo, ove il padre avea la sua. Swediaur ha veduto il padre e il figlio: entrambi in seguito sono stati perfettamente guariti.

Swediaur dice, che vi è al presente una famiglia, i di cui ragazzi sono tutti nati col germe sifilitico nel corpo, ed alcuno non ne sopravisse sino a che non si divenne alla determinazione d'amministrare il mercurio all'asina, che forniva il latte per la nutritura dell'ultimo nato.

Ecco dunque il punto ben deciso relativamente al padre; ma riguardo alla madre, non ostante tutte le diligenze usate, non si è potuto scoprire ancora un sol fatto diretto, e ben sicuro, che evidentemente provi, che il virus sifilitico possa comunicarsi dalla madre al feto nell'utero.

I fanciulli infetti, che si sono presentati alle osservazioni di tutti quelli i quali scrissero trattati

sulle malattie sifilitiche, e i casi che ne somministra la pratica giornaliera, sembrerebbero dar piuttosto delle prove per ammettere il contrario. Nè Swediaur, nè alcuno de' suoi amici hanno potuto mai arrivare ad osservare delle ulceri, o altri segni evidenti del virus sifilitico sui bambini all' istante della loro nascita; e con grande probabilità può supporsi, che quei che compariscono al termine di quattro, sei o otto giorni al più tardi dopo la nascita, alle parti genitali, all' ano, alle labbra, alla bocca ec., di questi ragazzi, cosicchè lo scolo delle parti genitali, o degli occhi, che qualche volta in essi osservasi, provengono dall' infezione che loro è stata comunicata in tempo del passaggio per la vagina della madre, dalle ulceri ch' essa avea in questa parte: perchè la pelle del fanciullo è allora a un di presso così tenera, che le superficie rosse del corpo, come quelle della ghianda, delle labbra ec., e questo è senza dubbio il caso il più frequente in cui l' assorbimento immediato del virus sifilitico possa aver luogo.

Un altro punto assai importante a decidersi si è di sapere, se il virus assorbito nel sistema del corpo infetta mai alcun altro fluido, oltre la parte gelatinosa, e glutinosa della massa del sangue, e di assicurarsi finalmente, se infetti talvolta il latte, e se in conseguenza l' infezione si possa comunicare pel mezzo di questo liquido dalla madre, o dalla nutrice al suo allievo.

Dal qui detto sinora, tutte le vie, per le quali il

VARIETA' ED ANNUNZI.

Sulla possibilità o impossibilità che il Conte Ugolino sbramasse il digiuno colle carni dei proprii figli morti per esso. - Disamina fisiologico-patologica e medico-legale d'un Professore di medicina Toscano. Livorno, dai torchi di Glauco Mussi e Comp. 1826.

Nel quindicesimo secolo sorse controversia fra i letterati sul vero senso di quel verso di Dante:

Poscia più che il dolor potè il digiuno.

Vi fu chi volle che il Conte Ugolino avesse spenti i suoi figli per sbramar la sua fame: altri pensarono che non gli uccidesse, ma poich' essi furon morti, se ne pascesse: altri infine, e questi in molto miglior numero, credettero che il Conte morisse per necessità di alimento.

Una siffatta controversia fu all' incominciar di quest' anno rinnovata in Pisa.

Niccolini gettò il dado della disputa: pose in dubbio la cagione della morte del conte Ugolino: disse non essere improbabile l' opinione di quelli, i quali opinano essersi cibato della carne de' proprii figliuoli.

Rosini si alzò contro Niccolini.

Carmignani fu per Niccolini.

Molti dotti personaggi trovavansi in quel convegno: la lizza si fe' più animosa. L' urbanità tuttavia, che non si scompagna mai da sapienza, si compiaceva di vedere inviolate le sue leggi.

Carmignani pubblicò una sua lettera a Rosini.

Rosini rispose alla lettera di Carmignani.

In sì bella tenzone entrò pieno di spirito un nostro commilitone.

Più sollecito dell' onor della verità che della propria gloria si appresentò a visiera calata. Tuttavia l' atteggiamento del valore, i colpi vibrati e sicuri, i raggi che lanciavansi del più nobile fuoco fan credere che sia Barzelotti. È questo un universale rumore: nè sempre erra la fama. Il disse ben Tacito: *non semper errat fama: aliquando et elegit.* Ma chiunque sia il valoroso, noi stiamoci ad ammirarne le glorie: veggiamo con quali argomenti e' cerchi di sciogliere la proposta questione.

Fame e digiuno non suonan lo stesso.

La fame è un imperioso bisogno del cibo che ne costringe a nostro malgrado a procacciarci od ali-

mento o materiali che plachino almeno per un istante il tormento che pruoviamo al ventriglio.

Digiuno è astinenza dal cibo.

Neppur fame ed appetito sono veri sinonimi.

L' appetito è quel senso non ingrato che ci alletta a prender cibo.

Se ad esso non si soddisfaccia, può venirne in seguito la fame.

Il digiuno apporta in prima appetito: e poi o fame o no.

In molti casi induce fame: cioè ci sforza a procacciare alimenti, od altri materiali.

Ma in altri casi lungi dal destarsi la fame, nè succede anzi un tutt' altro stato: inappetenza e languore.

Non si può veramente determinare quando il digiuno induca fame, e quando no. Molte circostanze possono esercitare la loro influenza.

Lo stato dell' animo è una delle primarie cagioni.

La varia energia del sistema nervoso senza morale cagione può accrescere o diminuire la necessità di prendere una certa quantità di alimento in dato spazio.

Una delle cagioni che è conforme alle leggi dell' economia vitale si è l' età. Quanto più tenera è l'età tanto più difficilmente si sopporta il digiuno.

Veniamo al Conte Ugolino.

L' afflizione, il rimorso doveano aver indotto quello stato di abbattimento di forze per cui quando gli

si tolse l' alimento dovesse anzi cadere in languore che provare cruda fame.

La fame, quando succede al digiuno, si osserva molto prima del settimo giorno.

In alcuni si destò la fame anche dopo il settimo giorno: ma essi erano scampati da un urgente pericolo della vita. Cessando il patema che attutiva il senso della fame, sorse nella massima sua forza la fame.

Questo non ebbe luogo nel Conte Ugolino.

Quando il Conte incominciò a sentir più smaniosa la fame, i cadaveri dei figli doveano già putire: e una sostanza imputridita attutisce ogni senso di fame. Il disse Haller: *Tollit etiam famem plerumque putridinosum omne.*

Il mordersi la mano fu nel Conte un atto d' impotente furore contro i suoi nemici.

Appena i figliuoli gli si offrono a pasto: eccolo già non calmo ma abbattuto.

Noi possiamo dall' inspezione cadaverica conoscere se altri sia morto di fame o di digiuno.

Ne' morti di fame osservasi: bocca e lingua neraстre: ventricolo e primi intestini infiammati, e sovente cancrenati: ventricolo spostato: meningi infiammate: talvolta infiammazione al cervello: stravasi di umori nerastri, acri, tenaci: bile densissima nella cistifellea, e talvolta versata abbondantemente negli intestini: pronta putrefazione.

Ne' morti di digiuni s' incontra: fibre carnose co-

me argentine: non così pronta putrefazione; del resto mancano tutti quegli indizii di flogosi, e di acrimonia degli umori.

Intanto vi sono caratteri comuni a' due casi. Tali sono: estenuazione: bocca e lingua arida e secca: esofago, ventricolo ed intestini ristretti: tutti i visceri diminuiti di volume.

E qui si arresta il nostro campione.

Noi ci faremo lecito di fare alcune brevi riflessioni.

Propriamente parlando appetito non significa brama del cibo: è un desiderio qualunque. Quindi se vogliamo essere esatti converrà sempre dir fame.

La fame può aver varii gradi: potrebbe dividersi in naturale e morbosa: vorrebbesi dir morbosa quando oltrepassa i confini della moderazione e fassi crucciosa.

Inconcussi sono gli argomenti del nostro Magnanimo. Ma salva la meritata fama de' Professori Pisani, la loro controversia parmi affatto inutile. Basta leggere il Dante senza prevenzione per comprenderne il senso.

Il Poeta dice che morì prima il più giovane, e poi gli altri in proporzione della meno avanzata età: e poi ultimo il padre. Se questi avesse avuto tal fame da soffocare il più sacro istinto di natura, gli avrebbe spenti: nè avrebbe avuto riguardo al numero degli anni. Supponiamo che avesse potuto ragionare, avrebbe spento l'ultimo il più giovane: fors' anco avrebbe uccisi in pria il secondo ed il terzo. Noi

veggiamo come i primogeniti e gli ultimi sieno i più cari. Non è qui uffizio nostro darne il motivo.

Supponiamo ora che l' infelice genitore non avesse il cuore di spegnere i proprii figliuoli, e che per la fame superasse il ribrezzo di cibarsi di corpi morti lentamente, e perciò prontissimi ad imputridirsi, e perchè non prolungò la vita al di là di quel termine che può durare in un uomo dell' età sua senza alcun cibo?

Il nostro Generoso fa riflettere come i patemi d' animo possano attutire la fame.

Noi pensiamo che la volontà possa resistere alle attrattive della fame, sebbene crucciosa.

Uno Scevola mette sull' ardente brace la mano e imperterrito la guarda: il diresti insensibile.

Ma parliamo della fame. Quanti non leggonsi nella storia gli esempli di tali che coll' astenersi dal cibo morirono? Nè ci si dica che in essi non si eccitò fame. Come sarebbe mai possibile che in tutti ne risultasse languore e non fame?

E perchè dunque il Conte Ugolino non poteva sopportar la fame senza cibarsi de' proprii figliuoli?

Ci si dirà che nell' assedio di Gerusalemme alcune madri sbramarono la fame ne' bambini.

Rispondo: alcune giunsero a tanto eccesso: non tutte. Se la fame fosse irresistibile, l' avrebbon fatto se non tutte almeno moltissime: perocchè egli è ben verisimile che in molte si eccitasse la fame. Non si ha neppur l' esempio d' un padre che in quella con-

giuntura spegnesse i suoi figli per alimentarsene: non consta nè anco che si uccidessero tra loro i cittadini per divorarsi.

Poichè l'opportunità qui ci ha condotti, cerchiamo perchè mai alcune madri si pascessero de' bambini.

Io addurrei due ragioni: la prima si è che nelle guerre accanite gli animi contraggono ferità. Anzi si osserva che questa ferità è maggiore in quelli che non sono colti. Dirò meglio, le persone colte possono far maggiori mali: ma li fanno insidiosamente, e con avvedutezza: al contrario gli incolti si mostrano indomite fiere, non è quindi a stupire come alcune donne dell' ultima feccia in Gerusalemme abbiano spenti i proprii figliuoli. L' odio che gli Ebrei portavano a' Romani, poteva spinger quelle madri a divorarsi i proprii nati per sottrarli alla schiavitù.

Le soldatesche Romane commisero barbarie inaudite: dunque doveano le donne sentir men ribrezzo nell' uccidere i figliuoli e cibarsene.

Altre sono le circostanze del Conte Ugolino.

Ma torno a dirlo: le parole del Poeta sono chiarissime: ma non è l' unico esempio di ingegni svegliati che suppongono difficoltà dove non ci sono per far bella mostra di sè.

Noi intanto applaudiamo all' Incognito.

Flora Torinese del Dottore in medicina Giovanni Francesco Re, Professore di Botanica, di Chimica, e di Materia medica nella Reale Scuola veterinaria, Socio corrispondente della Reale Accademia delle Scienze di Torino, della Società Linneana di Parigi, di Lione, e della Reale ed Imperiale Accademia delle Scienze dei Fisiocritici di Siena, Membro della Reale Società Agraria, ecc. Vol. II., fasc. I.

Con questo fascicolo l' Autore dà fine alla descrizione delle piante fanerogame, e tratta in ispecie delle classi *Diadelfia*, *Poliadelfia*, *Singenesia*, *Ginandria*, *Monoecia*, *Dioecia*, e *Poligamia*, che nascono nei contorni di Torino, o si trovano al Musinè. Meritano queste ultime una particolare attenzione, poichè non sono ancora state soggette a ricerche di verun botanico.

Già dall' anno scorso nell' annunziare il primo volume abbiamo fatto cenno dei principali suoi pregj : non meno interessante è questo fascicolo, poichè senza parlare delle piante del Musinè, come nuove per questa Flora, devono esser considerate tutte le seguenti :

Spartium scoparium
Genista mantica
Ononis antiquorum

Lathyrus palustris
Hedysarum confertum
Medicago maculata
Hypericum augustifolium var
perforati
Tragopogon majus
Scorzonera laciniata
Aspargia hastilis
crispa
Thrincia hirta
Hieracium amplexicaule
Hypochaeris glabra
Cnicus monspessulanus
spathulatus mor.
Bidens bullata
radiata var. trip.
Artemisia absinthium
Gnaphalium gallicum
montanum
Senecio aquaticus
erraticus
Aster annuus
Inula squarrosa
Pyrethrum inodorum
Chrysanthemum atratum
Anthemis tinctoria
Achillea distans
tanacetifolia
Bupthalmum grandiflorum

Centaurea axillaris
variifolia
Micropus erectus
Echinops sphaerocephalus
Orchis tephrosanthos
ensifolia
latifolia
sambucina
Neottia aestivalis
autumnalis
Epipactis latifolia
rubra
Chara fragilis
flexilis
Typha minima
Carex repens
nitida
stricta
Alnus incana
Xanthium echinatum
Amaranthus albus
prostratus
sylvestris delf.
ascendens
retroflexus
Myriophyllum verticillatum
Quercus aegilops
pedunculata
pubescens

Fugus sylvatica
Arum italicum
Salix triandra var. elliptica serinq.
nigricans
silesiaca
coruscans
argentea
repens
riparia
aurita
Parictaria cretica
Atriplex angustifolia
Celtis australis
Fraxinus excelsior

Piante scoperte dopo la pubblicazione del primo volume.

Galium sylvaticum
lucidum
Myosotis obtusa
Primula brevistyla der
Herniaria villosa hirsuta
Cherophyllum sylvestre
Caucaliss arvensis
Ulmus suberosa
Sorbus aucuparia

Questo infaticabile botanico presenta eziandio alcune correzioni da farsi alla Flora Piemontese, ciò che aggiunto come si è detto altra volta alla chiarezza delle descrizioni, accresce il pregio di questo lavoro, e fa ardentemente desiderare che questo dotto Professore conduca prestamente a termine così utile impresa.

Sulla ottalmia pustular contagiosa, ragionamento del Chirurgo Gaetano Buzzi. Prato 1825.

La chiarezza con cui è scritta quest'operetta prova che fondate sono le nozioni che egli ci dà sull' ottalmia pustular contagiosa, ed in ispecie sulla sua origine, e sul modo con cui il contagio ottalmiaco si propaga, e ciò maggiormente dimostra con quanto dice riguardo alle precauzioni per evitare questo contagio, ed alla sollecitudine che si deve avere di attaccarlo con attività dal suo principio. Dopo aver parlato della diagnosi e della prognosi di questa particolare ottalmia ne presenta il piano curativo che riduce a dieci articoli.

Il primo consiste nel diminuire e calmare con i topici medicamenti l' irritazione locale prodotta dal contagio e dalla nascente infiammazione, o dalla

già nata ; e mettere in un' attitudine tale il sistema vascolare da renderlo più resistente al conseguente afflusso.

Secondo. Devesi tenere ben tersi e puliti gli occhi , perchè le materie che in maggior quantità vi si separano non accrescano l' irritazione , e conseguentemente l' afflusso , e perchè le medesime non si assorbiscano.

Terzo. Ungere i tarsi , i cigli e le altre parti che possono essere lese dalle sopraddette materie.

Quarto. Creare un' artificiale irritazione permanente dietro gli orecchi , che sia maggiore di quella degli occhi.

Quinto. Procurare che il sangue affluisca in minor quantità agli occhi , e ciò mediante le adattate sanguigne.

Sesto. Attaccare lo stomaco con il doppio oggetto e di evacuare le materie che alterano per le loro qualità le funzioni gastriche , e di mantenere un' irritazione nel tubo intestinale.

Settimo. Fare più volte al giorno i pediluvj o altri derivativi secondo la circostanza.

Ottavo. Appena nate le pustule , le abrasioni , le ulceri nel globo dell' occhio , procurare di subito distruggerle.

Nono. Portar via parte della congiuntiva intorno alla cornea , ed i vasi sanguigni ingorgati ad essa sottostanti allorchè la malattia è pervenuta al grado di chemosi.

Decimo. Difendere il più che sia possibile gli occhi dell' azione molesta della luce, ed in seguito non esporli all' azione di questa che a gradi.

Noi crediamo di far cosa grata di annunziare ai nostri Associati che un nostro nazionale, il signor Dottore Evasio Gatti Medico-Chirurgo dimorante in Bologna, Allievo dell' Università di Torino, ottenne il premio di trenta zecchini stato proposto dalla Società Labronica di scienze e d' arti sedente in Livorno nel 1824, per chi avesse presentata in una Dissertazione metafisica la migliore soluzione di questo quesito.

L' arte di nobilitare l'uomo colla coltura della memoria.

Noi desideriamo ardentemente che la dissertazione del nostro Gatti sia fatta di pubblica ragione. Non dubitiamo che egli avrà date chiarissime pruove del suo felice ingegno. Intanto ci sia conceduto di fare alcune brevi riflessioni.

1.° La memoria è sicuramente una preziosa facoltà: essa è custode delle idee: quando si ha copia di queste, riesce più agevole all'intelletto accoppiarle insieme in vario ordine, e fecondarle.

2.° Tuttavia la memoria non basta: sovente anzi sembra essere fra certi limiti in ragione inversa dell' intelletto. Nelle scuole è frequente l' osservare gran memoria con poco intendimento.

3.° Poichè quello che distingue l' uomo dai bruti è la ragione, egli è a credere che vuolsi anzi cercare il modo di perfezionare l' intelletto che non la memoria.

4.° Felicissimi sono quelli in cui le varie facoltà dell' animo sono in certa equabile proporzione: tal che l' immaginazione, la memoria, l' intelletto sieno in grado sommo; nè pertanto il più dell' una torni nocivo ad altre.

5.° Rarissimo esempio di viva e tenace memoria ne venne pur quest' oggi significato da persona degnissima di fede. S. E. il signor Conte Balbo desiderava di consultare uno schizzo nell' originale dei Lusiadi di Camoens. Non se ne trovava copia in questa città. Un nobile giovane, che coltiva con molto successo la letteratura e particolarmente la filologia, nè fu domandato. Egli disse che avea letto il manoscritto dello stesso Autore in Firenze: ma che non sapea se ne esistesse in Torino pur una copia. Fe' pregare S. E. a significare il canto e il passo che desideraya, la persona che ne era stata incaricata gli fece sapere il tutto. Egli di tutto punto chiese una penna e scrisse quel luogo ed altro più. Nascerà, siamo certi, la brama di conoscere il gentiluomo fornito di tanta memoria. Il farem pure sperando che la modestia di lui ci vorrà perdonare la nostra libertà: egli è il Conte Borgarelli d'Isone. Ora soggiungeremo che in lui la perspicacia dell' intelletto agguaglia la tenacità della memoria.

Elementa Botanices ad juventutem studiosam in R. Taurinensi Archigymnasio accommodata Auctore Carolo Capelli Materiae Medicae et Botanices Professore: Taurini, apud Josephum Reviglio et filium.

A far progressi nelle scienze nulla più conferisce che smidollarne i principii fondamentali, e conoscere il metodo più opportuno. Il nostro chiarissimo Professore, zelante com'è degli alunni suoi, fece di pubblica ragione gl' Elementi di Botanica. In essi concisione, chiarezza, ordine, semplicità non scompagnata da eleganza maravigliosamente campeggiano. Noi facciam voti onde voglia infine arrendersi ai desiderii universali col pubblicare il suo trattato di Materia Medica.

CON PERMISSIONE.

INDICE
DELLE MATERIE

SEZ. II. *Del cervello.*

XII. *Continuazione delle fratture.*

XIX. *Malattie sifilitiche.*

Varietà ed Annunzi.

LIBRI VENDIBILI AL NEGOZIO MARIETTI

ORFILA. Leçons de Médecine Legale; vol. 3 in 8°, Paris 1826. L. 22

COOPER Samuel. Dictionnaire de Chirurgie pratique; in 8.°, Paris 1826, première partie . » 15

GIORNALE di Farmacia-Chimica e scienze accessorie, o siano annali universali delle scoperte, ritrovati, e miglioramenti fatti in Farmacia ed in Chimica, compilati da Antonio Cattaneo. Ogni mese se ne pubblica un fascicolo, ed il prezzo d'associazione è di ll. 15 annue.